

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Audition, ouverte à la presse, de M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes sur le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2
- Information relative à la commission..... 30
- Présences en réunion..... 31

Mercredi
17 septembre 2014
Séance de 17 heures

Compte rendu n° 64

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2013-2014

**Présidence de
Mme Catherine
Lemorton,
*Présidente***

COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 17 septembre 2014

La séance est ouverte à dix-sept heures.

(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)

La Commission des affaires sociales procède à l'audition, ouverte à la presse, de M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes sur le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je remercie M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, d'être parmi nous pour nous présenter le rapport annuel de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, rapport qu'il a rendu public ce matin. Ce document et la synthèse qui l'accompagne ont été envoyés en fin de matinée par courrier électronique aux membres de la commission.

Monsieur le Premier président, vos rapports sont toujours très attendus, redoutés parfois, et abondamment commentés. Notre objectif de baisse des déficits pour 2014 risque de ne pas être atteint. Néanmoins, comme vous le soulignez, des progrès restent possibles en matière de recettes, notamment en accentuant la lutte contre la fraude aux cotisations sociales, qui doit constituer une priorité en termes d'efficience et d'équité. Le montant de cette fraude, largement sous-estimé, aurait atteint 25 milliards en 2012, soit un quasi-doublement en huit ans. Pour prendre l'exemple du département de la Haute-Garonne, la fraude s'élève à 1,5 million d'euros sur les 3 milliards que représentent les remboursements. Sur ce montant, 1,13 million est imputable aux professionnels de santé et 380 000 aux assurés. On a trop tendance à stigmatiser les assurés : il faut savoir qu'il y a aussi des professionnels de santé qui fraudent !

Parmi les quatre-vingt-douze propositions que vous formulez, vous insistez une nouvelle fois sur la diffusion des médicaments génériques, les dispositifs médicaux, le régime de retraite des indépendants, ainsi que la nécessaire refonte de la permanence des soins, afin de limiter la fréquentation des services d'urgence dans les hôpitaux publics. Je rappelle que j'ai engagé en décembre dernier, avec M. Jean Pierre Door, un travail sur la permanence des soins. Nous devrions rendre nos conclusions dans quelques semaines.

M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes. Ce rapport est élaboré par la Cour au titre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. Il est destiné à accompagner le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

La sécurité sociale est un élément majeur du pacte républicain et la garante de la cohésion sociale de notre pays. Mais c'est un acquis fragilisé par des déficits permanents depuis 2002. Ces cinq dernières années, la sécurité sociale a accumulé un déficit équivalent à une année de dépenses de la branche vieillesse ou deux années de dépenses de la branche famille. Cette accumulation de déficits alimente la dette sociale, dont l'encours financier atteint désormais 157 milliards d'euros, soit près de huit points de PIB, et a continué d'augmenter en 2013. La charge annuelle de cette dette mobilise plus de 15 milliards d'euros de prélèvements obligatoires, soit une année et demie d'indemnités journalières.

Préserver la sécurité sociale est une priorité qui exige des choix collectifs forts. Ces choix relèvent naturellement de la responsabilité des pouvoirs publics et, au premier chef, des représentants du suffrage universel, en fonction des objectifs et priorités qu'ils définissent. Pour sa part, la Cour s'efforce d'éclairer les champs d'action possibles, d'ouvrir des pistes, de montrer qu'à tous les niveaux, des économies sont envisageables sans remise en cause des principes qui ont présidé à la création de la sécurité sociale.

Notre rapport analyse la situation et les perspectives des finances sociales et met sur la table de nouvelles propositions. J'ai auprès de moi, pour vous les présenter, M. Antoine Durrleman, président de la 6^e chambre de la Cour, qui a préparé ce rapport, M. Henri Paul, président de chambre et rapporteur général de la Cour, M. Noël Diricq, conseiller maître, rapporteur général de ce rapport, et M. Mathieu Gatineau, auditeur et rapporteur général adjoint. J'exprime également toute ma reconnaissance aux nombreux autres rapporteurs qui ont contribué à ce travail.

Cette année, la Cour formule trois messages principaux. D'abord, la situation des comptes sociaux reste préoccupante. Cela conduit la Cour à identifier plusieurs pistes d'amélioration du pilotage de notre protection sociale. Enfin, la maîtrise des dépenses est le principal levier à actionner.

En premier lieu, malgré les efforts, la situation des comptes sociaux reste fortement préoccupante. Trois constats s'imposent : en 2013, la réduction des déficits a été moins importante que prévu et a eu tendance à marquer le pas ; en 2014, cette réduction devrait être encore plus limitée ; pour 2015 à 2017, la trajectoire de redressement annoncée est devenue très incertaine.

En 2013, le déficit total des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est élevé à 16 milliards d'euros. La Cour constate heureusement une sensible diminution depuis le déficit historique de 2010. En réalité, cette diminution n'a été ni aussi grande ni aussi rapide que prévu. Depuis 2010, le rythme de réduction a même chaque année davantage ralenti : 7 milliards en 2011, 3,5 milliards en 2012 et 3,1 milliards en 2013.

Deux observations permettent de mesurer l'ampleur du chemin qui reste à parcourir : deux branches sur quatre du régime général – la branche maladie et la branche famille – voient leurs déficits aggravés ; la réduction du déficit repose majoritairement sur l'apport de recettes nouvelles, alors que le rythme de progression des charges du régime général (2,7 %) reste très supérieur à celui du PIB en valeur (1,1 %) et à celui de la masse salariale (1,2 %).

Cette situation n'est pas seulement due à la conjoncture économique : le déficit en 2013 est, en réalité, en majeure partie indépendant de la conjoncture. En effet, et comme c'est le cas depuis 2001, dernière année où la sécurité sociale a été en équilibre, le déficit des comptes sociaux est principalement d'origine structurelle. Cette composante structurelle peut être estimée à près des trois cinquièmes du déficit total du régime général et du FSV, soit 8,7 milliards d'euros sur 15,4 milliards.

Notre pays continue donc de tolérer un niveau élevé et durable de déficit structurel des comptes sociaux, alors que cette situation ne se retrouve pas chez nos grands voisins européens. À l'échelle de la zone euro, les comptes de l'ensemble des administrations sociales sont à l'équilibre sur les trois dernières années. Seuls l'Espagne et les Pays-Bas présentaient en 2013 un besoin de financement des administrations sociales supérieur à la France.

Cette situation est d'autant plus inquiétante que 2014 ne devrait pas connaître d'amélioration dans le rythme de diminution du déficit. La baisse du déficit devrait ralentir à nouveau et plus fortement encore qu'attendu initialement. En effet, la loi de financement pour 2014 prévoyait une nouvelle étape limitée de réduction de 2,8 milliards d'euros par rapport à 2013. Cette réduction reposait encore majoritairement sur l'apport de recettes supplémentaires, à hauteur de 5,8 milliards d'euros.

La dégradation de la situation économique a conduit les pouvoirs publics à réviser la prévision de déficit en la portant de 13,2 milliards d'euros à 13,6 milliards, soit une baisse de 2,4 milliards au lieu des 2,8 initialement prévus. Mais cette nouvelle prévision est fragilisée par les dernières hypothèses économiques retenues par le Gouvernement la semaine dernière : en effet, la croissance du PIB a été revue à la baisse de 0,6 point, à 0,4 %, et la prévision d'inflation diminuée de 0,6 point, à 0,5 %. La réalisation de ces prévisions devrait aggraver le déficit du régime général et du FSV.

La révision des hypothèses macroéconomiques rend plus incertaine encore la trajectoire, déjà très fragile, de redressement des comptes sociaux sur la période 2015-2017. La loi de financement rectificative avait pour ambition un retour à l'équilibre en 2017 et prévoyait un quasi-doublement du rythme de réduction des déficits par rapport à la période triennale précédente. Les prévisions de recettes dépendaient d'un scénario de forte accélération de la croissance du PIB et de la masse salariale. Le rythme d'augmentation des dépenses ne devait être que peu modifié.

Depuis lors, l'hypothèse de croissance a été révisée à la baisse sur les deux années 2014 et 2015. Le rapport illustre les conséquences d'une dégradation des hypothèses économiques : une moindre progression de la masse salariale en 2014 et en 2015 aggraverait le déficit de la sécurité sociale jusqu'en 2017.

Pour rétablir l'équilibre des comptes, le pilotage des finances sociales doit fortement gagner en efficacité et en fermeté. C'est là notre deuxième message.

La cohérence du cadre d'ensemble et la solidité des outils de régulation qui lui sont associés constituent une condition déterminante du retour à l'équilibre des comptes sociaux. Près de dix ans après leur dernière réforme, la Cour a particulièrement analysé l'apport et les limites à cet égard des lois de financement de la sécurité sociale. Dans le nouveau contexte de gouvernance des finances publiques, l'instrument a vieilli.

Pour renforcer sa contribution à la maîtrise des dépenses sociales, la Cour suggère plusieurs pistes.

D'abord, le Parlement pourrait adopter chaque année une « loi de protection sociale obligatoire » étendue aux régimes sociaux conventionnels – assurance chômage et régimes de retraite complémentaire obligatoires. Ensuite, l'effort devrait se concentrer sur la composante structurelle des soldes. L'accent devrait, en outre, être mis beaucoup plus fortement sur la dimension pluriannuelle des objectifs de dépenses. Enfin, les possibilités de contrôle et d'orientation du Parlement peuvent être améliorées par l'institution d'une loi de résultat.

Le renforcement des instruments de maîtrise de la dépense portés par les lois de financement apparaît aussi nécessaire, tout particulièrement en matière d'assurance maladie. Le périmètre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, l'ONDAM, serait ainsi à élargir aux dépenses qu'il ne couvre pas et qui représentent plus de 10 % de la dépense

totale d'assurance maladie. Le seuil de déclenchement du mécanisme d'alerte devrait être sensiblement abaissé.

Le redressement des comptes sociaux doit, en outre, être servi par une amélioration de la qualité des prévisions financières intégrées aux lois de financement de la sécurité sociale. Cet enjeu de fiabilité est absolument majeur, sauf à risquer de mettre en cause la sincérité même des lois de financement de la sécurité sociale.

La Cour a procédé à une analyse approfondie des modalités d'élaboration de l'ONDAM 2013. Elle met en lumière les indispensables progrès de méthode à réaliser pour rendre beaucoup plus rigoureuse sa construction. Sans ces progrès, son rôle de régulation de la dépense va continuer à s'affaiblir. De multiples biais de construction aux différentes étapes se superposent, en effet, et finissent par constituer des « coussins d'air » qui atténuent la discipline imposée.

Ces biais avaient déjà été relevés par la Cour l'an dernier, quand elle avait examiné le mode de construction de l'ONDAM hospitalier. Ils apparaissent particulièrement marqués dans l'élaboration de l'objectif de dépenses relatif aux soins de ville, expertisée en détail cette année. Avec une base surestimée et une progression de la dépense surévaluée, l'ONDAM ville a été de plus en plus sous-exécuté depuis 2010, mais sans effort particulier. En effet, les économies ont été moindres en 2013 qu'en 2012, et le rythme d'augmentation de la dépense n'a pas diminué et est resté supérieur à l'évolution du PIB.

Cette situation donne le sentiment que la maîtrise des dépenses est plus prononcée qu'elle ne l'est réellement. Elle ne permet pas aux patients et aux professionnels de santé de prendre la mesure véritable des enjeux. Elle laisse à penser que l'effort peut être différé, alors qu'il requiert l'implication de tous.

Or, justement, les projets régionaux de santé élaborés par les agences régionales de santé (ARS) n'ont pas débouché sur une démarche qui permette de dépasser les cloisonnements traditionnels entre secteurs et entre acteurs, contrairement aux objectifs fixés. Ils n'ont pas davantage permis de construire des parcours de soins fluides entre médecine de ville, hôpital, institutions médico-sociales, comme la Cour l'a constaté au travers de problématiques telles que l'obésité ou les accidents vasculaires cérébraux. Leur architecture particulièrement complexe, leur lourdeur d'élaboration, la superposition des objectifs en ont fait un cadre peu opérationnel. Si des évolutions fortes n'intervenaient pas rapidement, le risque serait grand de mettre en question la valeur ajoutée des nouvelles agences par rapport aux institutions qu'elles ont remplacées.

Le déséquilibre de l'assurance maladie, qui s'est creusé à nouveau en 2013 et qui reste la principale source de déficit de la sécurité sociale, exige au contraire de mobiliser plus activement et plus résolument les marges d'efficience et d'économies que recèle notre système de soins, et qui sont très importantes.

Si le redressement des comptes de l'assurance maladie est un impératif premier, il ne saurait différer les efforts indispensables à consentir dans d'autres domaines, en particulier ceux des retraites et de la gestion des organismes sociaux. Après avoir examiné, l'an dernier, les régimes de retraite des exploitants agricoles et des professions libérales, la Cour s'est intéressée cette année à ceux des artisans et des commerçants. Leur régime complémentaire, unifié dans de bonnes conditions, ne pose pas de problème de soutenabilité. Il n'en va pas de même pour les deux régimes de retraite de base. En raison d'un ratio démographique de plus

en plus défavorable, ceux-ci présentent un solde financier fortement négatif de près de 3 milliards d'euros, qui devrait encore se dégrader à moyen terme.

Leur situation préoccupante est cependant masquée par l'attribution d'une partie des produits de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). La suppression en trois ans de cette contribution, par la récente loi de financement rectificative, s'accompagnera d'une intégration financière complète au régime général. Cela aura pour conséquence de rendre visible ce déficit et supposera de compenser, dans la durée, son aggravation continue. Pour ne pas avoir à recourir à des ressources nouvelles, à faire supporter aux salariés le déséquilibre ou à alourdir la dette sociale, il conviendrait d'envisager une contribution plus grande de la part des artisans et des commerçants. Leur effort reste, en effet, inférieur à celui des salariés, parfois du fait de capacités contributives moindres, mais parfois aussi du fait d'une sous-déclaration de leurs revenus.

La gestion des organismes de sécurité sociale doit, pour sa part, être davantage orientée vers des objectifs de productivité, comme la Cour l'illustre régulièrement. Elle apporte cette année trois éclairages complémentaires sur ce sujet.

Premièrement, après son enquête consacrée en 2011 à la réorganisation de la mutualité sociale agricole (MSA), la Cour a examiné l'évolution du réseau du régime social des indépendants. Créé à la suite de l'importante réorganisation qui a pris effet au 1^{er} juillet 2006, ce régime a regroupé trois réseaux distincts. Cette fusion ambitieuse et rapide s'est traduite par une restructuration qui n'a pas enclenché de dynamique de gains de productivité. Une démarche plus forte de réorganisation est désormais indispensable pour dépasser les limites liées à la faible dimension des nouvelles caisses et à la mise en place de l'interlocuteur social unique, déjà analysée par la Cour en 2012.

Deuxièmement, le recouvrement social en Corse devrait gagner en qualité – c'est un euphémisme –, notamment pour la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants. La restauration de la crédibilité du recouvrement en Corse passe notamment par des mutualisations accrues et une relance déterminée du recouvrement contentieux. Elle doit être soutenue sans faiblesse par les autorités publiques, dans un contexte où le consentement à payer apparaît fortement érodé.

Troisièmement, la Cour a examiné la gestion des agents de direction des organismes de sécurité sociale. Ceux-ci doivent jouer, par les fonctions d'encadrement supérieur qu'ils ont vocation à occuper, un rôle majeur pour leur modernisation. La situation actuelle n'est pas encore à la mesure des enjeux. Elle appelle, au-delà des réformes récemment intervenues, une vision plus dynamique et plus ambitieuse.

Le troisième message de la Cour, c'est que la stratégie du rééquilibrage des comptes passe avant tout par un effort accru de maîtrise de la dépense. En effet, la voie d'un retour à l'équilibre par un effort portant d'abord sur les recettes trouve aujourd'hui des limites évidentes, tant en termes d'impact économique que d'acceptabilité sociale.

Malgré des apports très considérables de ressources supplémentaires chaque année depuis 2012, le ralentissement continu du rythme de rééquilibrage des comptes sociaux, illustre la très grande sensibilité des recettes de la sécurité sociale à la situation économique. Des progrès importants d'efficience et d'équité restent toutefois possibles en matière de recettes, comme la Cour l'avait montré l'an dernier en examinant l'évolution des « niches sociales ». Dans la même perspective, elle a analysé cette année la lutte contre la fraude aux

cotisations sociales. Cette dernière représente un enjeu d'une ampleur considérable mais largement sous-estimée, du fait en particulier du renouvellement rapide de ses formes. Selon une nouvelle étude réalisée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à la demande de la Cour, son montant pouvait être estimé de 20 à 25 milliards d'euros en 2012. Il s'agit d'un quasi-doublement en huit ans.

Cette estimation est à considérer avec précaution. En effet, le recouvrement de la totalité des sommes en cause n'est pas envisageable dès lors que certaines activités ne subsistent que du fait de la fraude. Mais cela montre qu'une lutte plus intense contre la fraude pourrait contribuer à l'amélioration des comptes sociaux : malgré les progrès accomplis par certains organismes, les résultats obtenus restent extrêmement modestes, avec un nombre de redressements et des montants recouvrés dérisoires. À tous égards, la lutte contre la fraude doit constituer une priorité nettement accrue en termes de modernisation des méthodes, d'élargissement du champ et de passage à une logique de résultats.

Toutefois, ainsi que la Cour l'a notamment exprimé dans son dernier rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, c'est en pesant plus fortement sur la dépense par des réformes structurelles que le redressement des comptes publics doit désormais s'affermir et s'accélérer. En particulier, et c'est là le message central de notre rapport, un effort nettement plus ambitieux de maîtrise des dépenses d'assurance maladie est possible sans mettre en cause la qualité des soins ou compromettre l'égalité d'accès au système de santé.

Il en est ainsi, par exemple, des dépenses de soins de ville, qui représentent 80 milliards d'euros, soit le premier poste de dépenses de l'assurance maladie. Un effort plus vigoureux dans ce domaine permettrait de dégager des économies importantes dans des secteurs autres que les transports sanitaires ou la biologie médicale, déjà mis en lumière par la Cour ces dernières années.

Encore faut-il que les conventions passées par l'assurance maladie avec les professions libérales de santé concourent beaucoup plus efficacement à l'objectif d'efficience de la dépense. Leur contribution à une meilleure répartition géographique des professionnels libéraux a été tardive et limitée, en particulier pour les médecins. Les dépassements tarifaires ont significativement augmenté et ne paraissent pas pouvoir être endigués par le récent « avenant n° 8 » à la convention médicale. L'élargissement du champ des conventions a entraîné des dépenses nouvelles, sous forme en particulier de rémunérations forfaitaires ou à la performance, sans que les obligations définies en contrepartie soient toujours à la hauteur des enjeux ni leurs résultats mesurables. La recherche de compromis fluctuant suivant les professions et les situations s'est faite au détriment de l'approche interprofessionnelle nécessaire à la construction de parcours de soins. La nécessaire réorientation des politiques conventionnelles passe par des négociations moins éclatées, recentrées sur les questions essentielles. Il s'agit en particulier de l'accès aux soins, qui suppose notamment d'élargir à toutes les professions, y compris les médecins, le principe d'un conventionnement conditionnel dans les zones en surdensité. Il s'agit aussi de la question centrale du retour à l'équilibre de l'assurance maladie.

L'absence de mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé autour d'objectifs convergents explique notamment les retards persistants de la diffusion des médicaments génériques. Il s'agit pourtant d'un levier majeur de maîtrise de la dépense d'assurance maladie, à qualité de soins équivalente. Alors que la plupart des grands pays européens affichent des taux de pénétration des génériques très élevés, la France a des

résultats encore trop modestes : en Allemagne et au Royaume-Uni, près de trois boîtes de médicaments remboursables sur quatre sont génériques, contre une sur trois seulement en France. Contrairement à ses voisins, la France n'a pas mobilisé l'ensemble des acteurs : le modèle actuel de diffusion des médicaments génériques, fondé presque exclusivement sur des incitations financières envers les pharmaciens, est non seulement à bout de souffle, mais aussi extrêmement coûteux. Pour deux euros d'économies, un euro est versé aux pharmaciens.

Une nouvelle approche s'impose, qui passe par une plus grande responsabilisation des médecins prescripteurs tout en améliorant fortement l'information des patients. Par ailleurs, les révisions des tarifs de ces médicaments doivent être réalisées plus énergiquement. Il conviendrait, enfin, d'augmenter la part des médicaments substituables et de supprimer à terme le mécanisme actuel de répertoire des médicaments génériques, qui limite artificiellement les possibilités de substitution. La Cour estime que l'ensemble de ces recommandations pourrait procurer jusqu'à 2 milliards d'euros par an d'économies à l'assurance maladie.

Des économies significatives peuvent aussi être attendues d'une gestion plus rigoureuse de la dépense liée aux dispositifs médicaux, soit plus de 80 000 produits d'une très grande diversité, allant des pansements aux fauteuils roulants. En ville, cette dépense a progressé trois fois plus vite que l'ONDAM entre 2000 et 2012, pour atteindre plus de 5 milliards d'euros à la charge de l'assurance maladie. Le vieillissement de la population, le développement du maintien à domicile, les évolutions épidémiologiques ou les progrès techniques ne suffisent pas à expliquer ce dynamisme très important. Cette catégorie de dépenses est, de fait, insuffisamment suivie et régulée par les pouvoirs publics, avec pour résultat des économies tardives et modestes. Selon des études de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) – et sous réserve d'expertises complémentaires concernant certaines conclusions – les tarifs de prise en charge de certains dispositifs seraient substantiellement supérieurs à ce qui peut être constaté à l'étranger.

Une gestion beaucoup plus active de ces dispositifs est possible, fondée sur une organisation repensée, des procédures simplifiées, des moyens renforcés et la recherche de baisses de prix plus ambitieuses, selon des priorités recentrées autour d'objectifs plus clairs. La baisse d'un point seulement du rythme de progression de la dépense – laquelle, je le précise, était de 6,3 % en moyenne entre 2000 et 2012 – permettrait de dégager une économie de 250 millions d'euros annuels, et ce dès 2017.

L'hôpital, qui représente plus de 75 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie, n'a jusqu'ici été soumis qu'à des contraintes relativement modestes et ne saurait être exonéré des efforts qui s'imposent déjà en matière de soins de ville. Des gains d'efficacité de grande ampleur y sont possibles en reconsidérant des pratiques souvent « hospitalocentrées » et en redéfinissant l'articulation des prises en charge entre médecine de ville et hôpital. L'exemple de la chirurgie ambulatoire, étudié l'an dernier, le met en lumière. L'enjeu de cette réarticulation des prises en charge est pourtant majeur.

Les urgences hospitalières, que la Cour a examinées cette année dans le prolongement de son analyse, l'an dernier, de la permanence des soins en ville, en offrent une illustration. Elles ont enregistré en 2012 plus de 18 millions de passages, soit 30 % de plus en dix ans. Face à cette augmentation continue, la solution a été trop souvent recherchée dans la mobilisation d'importants moyens supplémentaires. Certes, des situations de tension persistent. Toutefois, y remédier ne suppose pas obligatoirement l'allocation de nouveaux financements, mais une meilleure définition de la place et du rôle des services d'urgence dans

le système de soins. Un passage sur cinq n'a pas nécessité d'autre acte qu'une consultation, soit, en première analyse, de l'ordre de 3,6 millions de « passages évitables ». Leur réorientation vers la médecine ambulatoire pourrait se traduire par une moindre dépense dont l'ordre de grandeur – à confirmer, bien sûr – pourrait atteindre environ 500 millions d'euros. Encore faut-il notamment qu'aboutisse la révision indispensable de la tarification des services d'urgence : en effet, le dispositif actuel incite plus à l'activité qu'il n'encourage les efforts de régulation.

Une problématique du même ordre a été constatée par la Cour dans l'analyse qu'elle consacre à la prise en charge de la maternité. Les différentes composantes de la dépense d'assurance maternité progressent à un rythme soutenu alors que le nombre des naissances reste stable. Malgré un effort supplémentaire de 1,5 milliard d'euros par rapport à une simple prise en charge au titre de l'assurance maladie, nos indicateurs de périnatalité sont moins bons que ceux de la plupart de nos voisins. En d'autres termes, nous dépensons plus pour des résultats moins bons. Or réduire encore la durée moyenne de séjour en maternité apparaît possible. Cette durée est, en effet, supérieure d'un tiers à celle constatée en moyenne à l'étranger, et l'alignement sur cette moyenne entraînerait une économie brute de plus de 300 millions d'euros. La Cour recommande donc de modifier les modalités de tarification de l'accouchement, qui n'incitent pas à la réduction de la durée des séjours en maternité. Elle recommande aussi de trouver un meilleur équilibre entre suivi pré- et post-natal, en développant notamment l'accompagnement du retour à domicile des femmes venant d'accoucher.

Plus généralement, les établissements hospitaliers doivent substantiellement renforcer leurs efforts de gestion et de réorganisation pour que des gains de productivité leur permettent de faire face à la croissance de leurs charges dans le contexte d'un ralentissement annoncé de la progression de l'ONDAM. Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux publics, qui ont atteint près de 42 milliards d'euros en 2012 pour un effectif d'un million de personnes, constituent leur premier poste de dépenses. Elles représentent ainsi un enjeu central. Dans la période récente, l'augmentation de la masse salariale des hôpitaux s'est fortement ralentie par rapport au début des années 2000, en dépit de l'augmentation des effectifs, notamment médicaux, liée à la progression et à l'alourdissement de l'activité. Mais cette situation, facilitée par le gel du point de la fonction publique et par l'importance des départs en retraite, apparaît fragile. De premiers signes de relance de la dépense sont apparus en 2013. Au-delà de l'augmentation des cotisations de retraite employeurs, le paiement d'une partie des heures accumulées sur les comptes épargne temps du personnel hospitalier a pesé. Aucune donnée consolidée n'existe cependant sur le nombre de jours épargnés, de sorte que le caractère suffisant des provisions comptables constituées dans cette perspective par les établissements – 1 milliard d'euros à la fin 2012 – ne peut pas être vérifié.

Un pilotage plus ferme de la masse salariale par les administrations de tutelle est indispensable, notamment en développant des outils de prévision et d'analyse qui font cruellement défaut. Les communautés hospitalières devraient aussi rechercher une gestion plus efficiente, en mettant fin à des pratiques peu rigoureuses régulièrement constatées par les chambres régionales des comptes : accélération des avancements, durée annuelle du travail inférieure à la durée légale, recrutements onéreux de médecins intérimaires ou contractuels...

L'amélioration des organisations internes, la redéfinition des cycles de travail, une maîtrise accrue de l'absentéisme, la mise en place de dispositifs d'intéressement sont autant de leviers à mobiliser. La nécessité d'accélérer les recompositions hospitalières n'est pas non plus à négliger.

Les limites de ses compétences n'ont pas permis à la Cour de procéder à une analyse détaillée des dépenses de personnel des cliniques privées. Elle appelle néanmoins à la réalisation d'études comparatives en ce domaine entre cliniques privées et hôpitaux publics.

L'assurance maladie doit ainsi concentrer les efforts de redressement des comptes sociaux. Son déficit vient augmenter la dette sociale et fait peser sur les générations futures des charges lourdes, sans que l'euro dépensé soit toujours justifié par des exigences de santé publique : on l'a vu dans le cas des transports sanitaires, mais on pourrait multiplier les exemples. Le retour rapide à l'équilibre nous semble à portée, dès lors que les indispensables réformes structurelles sont conduites.

Dans ce contexte, infléchir plus fortement et durablement une dépense qui progresse nettement plus vite que la richesse nationale apparaît essentiel pour moderniser notre système de soins dans toutes ses composantes, le rendre plus efficient et remettre en cause les actes inutiles.

Pour conclure, la Cour ne méconnaît ni ne mésestime en aucune façon les efforts des pouvoirs publics, des administrations et des organismes de sécurité sociale pour moderniser notre sécurité sociale, renforcer son efficience, améliorer la qualité du service rendu, la rendre plus solidaire et plus forte.

Certains efforts portent leurs fruits. Des progrès indéniables sont constatés année après année dans de nombreux domaines. Mais la permanence des déficits sociaux est pernicieuse. Elle ronge comme un poison à effet lent la légitimité même de notre système de sécurité sociale dont nous allons célébrer le soixante-dixième anniversaire en octobre 2015.

C'est pourquoi la Cour invite à une poursuite nette et à un approfondissement des efforts déjà engagés.

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Le constat de la Cour est sévère, peut-être plus encore que l'an dernier, avec un déficit structurel qu'elle évalue à trois cinquièmes du déficit constaté.

Vous préconisez notamment, Monsieur le Premier président, des améliorations dans le contrôle parlementaire. Ainsi – et ce n'est pas nouveau –, la discussion des projets de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) devrait être mieux articulée avec celle des projets de loi de finances (PLF), en particulier dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques. Vous suggérez également d'étendre la loi de financement aux comptes de l'assurance chômage. Or, ces comptes étant gérés par les partenaires sociaux, on voit mal dans ce domaine quelle serait la marge d'action des parlementaires pour la réduction des déficits.

Par ailleurs, il est d'usage de dénoncer l'insincérité des prévisions, mais la maîtrise des déficits dépend aussi des recettes, dont il est difficile de prévoir les rentrées. Cette année, les perspectives macroéconomiques en matière de PIB et d'inflation que l'on nous a présentées en juin, au début de la discussion du projet de loi de financement rectificative, ont changé trois mois après !

Vous recommandez également un découplage accru de l'ONDAM, en déterminant sa base de référence à partir du résultat de l'exécution de l'année n-2. Assurément plus rigoureuse du point de vue de la réalisation constatée, cette démarche peut néanmoins poser des problèmes du fait des aléas de l'inflation. La Cour relève que l'ONDAM de 2013 a été

supérieur à l'inflation de 1,3 point et celui de 2012 de 0,8 point, mais que, depuis 1997, l'écart moyen n'était que de 0,4 point. Dès lors, une adaptation de l'ONDAM en fonction des évolutions macroéconomiques immédiates ne serait-elle pas pertinente ?

Votre évocation d'une éventuelle suppression du répertoire des médicaments génériques m'a étonné. Les pharmaciens ont certes obtenu une forme de compensation pour leur effort de diffusion, et le tiers payant appliqué à la délivrance des génériques a également joué un rôle. Mais le répertoire ne concerne aujourd'hui qu'une petite partie des molécules mises sur le marché, ce qui explique la faiblesse du taux de substitution en France. Pour ce qui est des molécules figurant au répertoire, le taux de substitution a progressé significativement – du fait, également, d'une plus grande attention portée par les médecins.

L'innovation thérapeutique nous place devant des problèmes inédits de maîtrise de la dépense pharmaceutique. Prenons l'exemple du prix du Sovaldi, un produit réellement innovant pour le traitement de l'hépatite C : est-il admissible de faire supporter par les assurés sociaux, donc par les comptes sociaux, un retour sur investissement destiné à l'achat d'une *start-up* pour plus de 10 milliards de dollars ? Les associations de patients et certains thérapeutes demandent l'instauration de licences d'office permettant de fixer un prix d'autorité. Cette perspective vous semble-t-elle acceptable ?

M. Christian Paul, rapporteur pour l'assurance maladie. Comme la Cour, je crois qu'il faut donner la priorité à la lutte contre la fraude aux cotisations sociales, dont l'impact dépasse probablement les 20 milliards d'euros.

Vous soulignez également à raison les limites de la politique conventionnelle en matière de répartition géographique des professionnels de santé et de régulation des dépassements d'honoraires. L'impuissance collective sur ces sujets ne peut qu'être constatée. Une partie des difficultés actuelles tient aux lenteurs de la négociation conventionnelle.

Troisième point d'accord, les moyens du Parlement pour préparer la discussion du budget de la sécurité sociale sont insuffisants. Le calendrier de cette discussion est surréaliste. Le dialogue et la collaboration avec l'exécutif et la Caisse nationale d'assurance maladie doivent gagner en efficacité et en transparence. La maîtrise des dépenses de santé doit se faire par un pilotage efficace et proche des besoins des Français.

Mes questions porteront sur le suivi des propositions formulées par la Cour en 2013.

Dans le domaine de la maîtrise des dépenses de l'optique et des audioprothèses, vous préconisiez plusieurs mesures. En constatez-vous déjà les effets ?

Vous proposiez une accélération de la baisse des tarifs de biologie médicale. L'évolution correspond-elle à vos attentes ?

Quelles suites ont-elles été données à vos recommandations relatives à la tarification hospitalière, s'agissant notamment de l'introduction d'un financement mixte ?

Enfin, quel regard portez-vous sur le « virage ambulatoire », qui est une des priorités du Gouvernement ? Comment cette évolution importante pourrait-elle à la fois contribuer à améliorer les soins et permettre de réaliser des économies ? Je ne suis pas tout à fait convaincu de la possibilité de réduire les dépenses hospitalières, mais, comme la Cour, je pense que l'on peut améliorer le pilotage par une meilleure tarification et par ce « virage ambulatoire » qu'il faut prendre résolument.

Mme Martine Pinville, rapporteure pour le secteur médico-social. Comme chaque année, la Cour met en avant les difficultés des comptes sociaux tout en traçant des pistes pour réduire les déficits. Nous regrettons que la situation ne permette pas des infléchissements plus importants, tout en souhaitant maintenir une protection sociale de qualité.

Comment améliorer l'information du Parlement sur la construction et l'évolution de la consommation du « sous-ONDAM » médico-social ?

Quelles sont les perspectives d'affectation des ressources au FSV, compte tenu de la montée en charge des mesures du projet de loi d'adaptation au vieillissement en 2015 et 2016 ?

Quelle appréciation portez-vous sur l'évolution des réserves de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) ? Faut-il mobiliser ces réserves à une fin précise ou les utiliser pour équilibrer le budget de la Caisse ?

M. Michel Issindou, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Nous avons des marges de progrès, c'est une évidence. Chaque année, vous sanctionnez nos bulletins trimestriels de la mention « peut mieux faire », qui est le reflet de la réalité. Vous avez raison de nous rappeler que cette dette totale de 157 milliards d'euros est insupportable, que nous nous soignons et que nous payons actuellement nos retraites à crédit, ce qui n'est pas acceptable durablement. Nous devons réagir au plus vite.

Vous estimez le montant de la fraude fiscale sur l'AGIRC-ARRCO entre 20 et 25 milliards d'euros, l'organisme recouvrant 56 milliards de cotisations. Alors que celui-ci n'exerce pratiquement aucun contrôle, ne serait-il pas utile, soit de recruter de nouveaux agents, soit d'en réaffecter à ces missions de contrôle ? À l'évidence, ces emplois seraient largement amortis par les redressements susceptibles d'être opérés. Il est dommage de perdre des milliards d'euros liés vraisemblablement à des absences de déclarations.

Parmi les causes des difficultés du RSI, dont le déficit annuel est de 3 milliards d'euros, vous citez le ratio démographique et la faiblesse des capacités contributives déclarées par les cotisants. Effectivement, peu de cotisations c'est peu recettes. Vous invitez à un alignement sur les autres régimes. Actuellement, le RSI est adossé à la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse), et la MSA n'est pas très loin. On tend vers une harmonisation de ces régimes, et il faut continuer dans ce sens.

Alors que la C3S constituait une recette importante du RSI, le Parlement en a voté la suppression progressive. Il faudra donc trouver d'autres recettes. L'adossement à la CNAV est une solution, mais celle-ci n'est pas non plus dans une situation florissante.

Autre problème souvent soulevé par le RSI : les autoentrepreneurs qui, après avoir très peu cotisé, sont éligibles à ces dispositifs.

Pensez-vous à des recettes particulières susceptibles de rééquilibrer le RSI ?

S'agissant de la liquidation et du paiement unique des retraites alignées, je n'insiste pas sur les difficultés de l'interlocuteur social unique à s'imposer. Le RSI doit continuer à progresser dans ce domaine.

Enfin, dans le cadre de la mise en place de la liquidation unique, vous recommandez d'achever la fusion des régimes de retraite de base des commerçants et artisans afin d'éviter tout risque de difficultés supplémentaires. La Caisse nationale du régime social des indépendants estime que cette fusion n'est pas indispensable pour faire du bon travail. Qu'en pensez-vous ? Qu'est-ce qui incite la Cour des comptes à demander cette fusion alors que la Caisse nationale y est opposée ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT-MP). La Cour des comptes présente une analyse intéressante des dépenses des branches maladie et accident du travail et maladie professionnelle, qui n'entrent pas actuellement dans le champ de l'ONDAM. Soulignant que ces dépenses ont évolué à un rythme supérieur à celui de l'ONDAM, partiellement imputable à un défaut de pilotage résultant de la non-prise en compte de ces dépenses, elle préconise de les intégrer dans le champ de l'ONDAM. À quelle échéance cette intégration devrait-elle être réalisée ?

Si elle est tout à fait concevable, l'intégration de ces dépenses – en particulier celles liées aux prestations d'incapacité permanente au titre des AT-MP – ne suffira pas pour autant à endiguer complètement leur forte croissance. Avez-vous identifié d'autres moyens de la maîtriser dans l'hypothèse où l'intégration dans l'ONDAM ne serait pas assez rapide ?

Au mois de juin dernier, dans le rapport sur la certification des comptes de la sécurité sociale, la Cour a certifié les états financiers de la branche AT-MP pour 2013, ce qu'elle n'avait pas pu faire pour l'exercice 2012, les données prises en compte par la CNAMTS pour évaluer les provisions au titre des contentieux relatifs à l'application de la législation AT-MP ayant été jugées peu fiables. Je salue, par conséquent, les efforts consentis par les organismes de la branche pour répondre aux attentes de la Cour.

Celle-ci émet toutefois plusieurs réserves et souligne des dysfonctionnements dans la liquidation des indemnités journalières et des rentes AT-MP. Par exemple, le rapport indique que des cotisants sont susceptibles de déclarer les cotisations AT-MP sous un taux différent de celui qui leur a été notifié, sans action correctrice de la part de l'URSSAF. Les erreurs de liquidation qui affectent les indemnités journalières AT-MP auraient également une incidence financière supérieure à celle qui est évaluée dans le cadre de la branche AT-MP. Avez-vous réalisé un chiffrage du coût de ces dysfonctionnements ? Quels sont, pour la Cour, les ajustements nécessaires pour réduire ces erreurs de liquidation ?

Enfin, je vous sou mets une question dans le cadre du suivi de vos préconisations plus anciennes concernant le problème de l'amiante. En 2005, le rapport de la Cour sur le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante constatait le caractère inégalitaire de ce dispositif de préretraite, qui concerne essentiellement les travailleurs de quelques grandes entreprises figurant sur des listes établies par arrêté. Selon le rapport annuel publié au mois de février 2014, les difficultés alors identifiées demeurent, quand elles ne se sont pas aggravées. Ce même rapport préconise d'engager une réflexion d'ensemble pour remédier à des faiblesses importantes et persistantes du dispositif de réparation des victimes de l'amiante. La Cour propose, par exemple, d'ouvrir le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité à toutes les victimes reconnues atteintes d'une pathologie en lien avec l'amiante, quel que soit le régime de protection sociale. Elle propose également de préciser à l'avenir, lors de l'inscription d'un établissement sur la liste ouvrant droit au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité, les métiers et les lieux d'exercice éligibles, ce qui conduirait à restreindre le dispositif de cessation anticipée d'activité aux seuls métiers ayant véritablement été en contact avec l'amiante. Avez-vous procédé à une évaluation du coût et des effets de ces

mesures ? La restriction de l'accès au dispositif de cessation anticipée d'activité pourrait-elle être rétroactive et s'appliquer à des entreprises figurant déjà dans la liste donnant accès au dispositif de cessation anticipée d'activité ?

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille. Le rapport présenté par la Cour des comptes cette année ne comporte aucune observation spécifique concernant les prestations familiales ou la gestion de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Cependant, dans le cadre de son évaluation des lois de financement de la sécurité sociale comme instrument de pilotage des dépenses, la Cour relève qu'en 2013 les dépenses de la CNAF ont augmenté de 2,8 % par rapport à 2012. C'est bien le signe du maintien d'une politique familiale ambitieuse, illustrée par la hausse de l'allocation de rentrée scolaire à l'été 2012.

Cette ambition s'est également concrétisée, dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale, par la majoration du complément familial pour les familles sous le seuil de pauvreté et par la hausse de l'allocation de soutien familial. Cet effort a été également accompagné d'économies importantes et structurelles, provenant majoritairement de l'abaissement du plafond de l'avantage procuré par le quotient familial.

Dans ses préconisations visant à mieux réguler la dépense, la Cour relève que plusieurs objectifs de dépenses ne disposent pas de corde de rappel si un dépassement est constaté en cours d'année. Elle propose d'établir un pilotage infra-annuel de l'objectif de dépenses de la branche famille sur le modèle de l'ONDAM et de l'intervention de son comité d'alerte. La Cour propose donc qu'une instance s'assure, en cours d'année, que les charges de l'exercice ne dépassent pas ce qui a été prévu dans la loi de financement et propose, le cas échéant, un gel de précaution ou la mise sous conditions de certaines revalorisations.

Sur quelles mesures de la politique familiale ces ajustements de court terme seraient-ils susceptibles de peser ? S'il s'agit de dépenses du Fonds national d'action sociale (FNAS), n'y a-t-il pas un risque de fragilisation des interventions de la CNAF au soutien de l'offre de places d'accueil du jeune enfant ? On sait que ces fonds servent principalement à cofinancer, aux côtés des collectivités, l'investissement et le fonctionnement des crèches. De tels ajustements ne risquent-ils pas de rendre les interventions de la CNAF moins lisibles et de compromettre les projets conduits avec les collectivités ?

Concernant le financement, la question de la structure des recettes de la branche famille est régulièrement posée. Depuis 2011, la CNAF connaît une fiscalisation croissante de ses recettes en contrepartie d'une baisse du financement par les employeurs. Pendant longtemps, la CNAF a bénéficié de l'apport de cotisations croissantes avec les salaires, alors que ses charges, les prestations familiales indexées sur la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF), n'augmentaient qu'en fonction des prix. Cela créait mécaniquement un excédent structurel qui a permis d'améliorer et de diversifier la politique familiale. La situation s'inverse aujourd'hui : de nombreuses taxes affectées ne présentent pas de garantie de pérennité, alors même que certaines dépenses ont tendance à croître avec le salaire, comme pour l'accueil du jeune enfant. Aussi, la Cour peut-elle préciser les contraintes que présentent les différents scénarios de diversification des ressources de la CNAF, sachant que les paramètres de la politique familiale doivent être stables dans le temps ?

Enfin, concernant le suivi de vos préconisations plus anciennes, le rapport de 2012 a souligné le caractère insuffisamment redistributif des prestations modulées en fonction des ressources. Pouvez-vous d'ores et déjà évaluer les effets des mesures adoptées dans la loi de

financement de la sécurité sociale de 2014 concernant la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), qui ont consisté à réserver le montant majoré de l'allocation de base aux familles aux revenus modestes ? D'autres ajustements vous paraissent-ils nécessaires ?

M. Olivier Véran. Comme chaque année, le rapport très attendu de la Cour des comptes met le doigt sur des sujets importants dont certains sont justement pris en compte dans le cadre du prochain projet de loi relatif à la stratégie nationale de santé – insuffisance de pilotage de la politique de santé, articulation entre État et assurance maladie, politique conventionnelle, accès aux soins de premier recours.

Le bilan financier de l'exercice 2013 fait état d'un ralentissement de l'effort de redressement, soulignant tout de même que le déficit du régime général a été réduit, comme en 2012, des 3 milliards d'euros du Fonds de solidarité vieillesse. En outre, cet exercice 2013 a été réalisé dans un contexte bien moins favorable puisque la masse salariale a crû beaucoup moins rapidement durant cette période. Le redressement est très largement imputable à la stratégie de ralentissement des dépenses, en tout cas c'est ce que nous espérons.

S'agissant de l'ONDAM, les dépenses d'assurance maladie ont crû de 2,3 % seulement en 2012 et 2013, contre 4,8 % en moyenne pendant la décennie 1999-2008. On annonce d'ailleurs un ONDAM à 2 % sur la période 2015-2017, ce qui amplifie un effort de réduction des dépenses sans précédent, sans toucher bien évidemment à la qualité des soins ni augmenter le reste à charge pour les patients, arguments auxquels, j'en suis convaincu, la Cour des comptes est très sensible.

Merci de mettre l'accent sur la fraude aux cotisations sociales, qui coûte si cher à l'État puisqu'elle est huit à dix fois supérieure à la fraude aux prestations sociales mais fait pourtant beaucoup moins régulièrement les gros titres. Ces fraudes aux cotisations sociales sont multiples : des travailleurs détachés aux travailleurs indépendants, en passant par les heures non déclarées et le travail dissimulé, c'est une tendance globale qui prend de l'ampleur et contre laquelle la lutte est difficile. Avez-vous des pistes à préconiser pour améliorer le taux de recouvrement de 5 %, représentant environ un milliard d'euros, pour le moins dérisoire ? Faut-il renforcer les moyens humains de contrôle ? Obtiendrait-on des résultats aussi remarquables qu'en matière de fraude fiscale si des objectifs étaient fixés ?

S'agissant des pistes d'économies, la Cour appelle depuis plusieurs années, et à juste titre, à des réformes structurelles du système de santé. Alors que le passage de la théorie à la pratique peut s'avérer ô combien délicat, le Gouvernement s'est engagé à suivre nombre de ses recommandations, telles un meilleur recours aux médicaments génériques et le développement de la chirurgie ambulatoire.

Une autre piste n'est pas abordée dans le rapport, qui concerne l'hôpital public. Je réfute l'idée selon laquelle il y aurait du gaspillage au sein des hôpitaux pris individuellement. Les conditions de travail à l'hôpital public se sont durcies suite à la mise en place de la tarification à l'activité. Davantage de gains pourraient encore être obtenus par la mutualisation des activités entre plusieurs structures hospitalières. Quand quatre hôpitaux distincts de vingt kilomètres ont chacun leur blanchisserie, leur restauration, leur plateau complet de biologie, leur service de chirurgie avec un taux de fuite plus ou moins élevé – ce qui explique en partie le recours à l'emploi temporaire médical à l'hôpital –, ce pourrait effectivement être une solution. Selon une enquête récente de la Fédération hospitalière de France (FHF), les Français sont prêts à davantage de mutualisation et de coopération entre les établissements. Les élus locaux y sont sans doute un peu moins favorables, mais la situation évolue. Quant

aux professionnels de santé, ils cherchent un exercice attractif, ce qu'ils pourraient trouver dans un groupement hospitalier plus efficient.

Cette piste des regroupements hospitaliers au sein des territoires vous paraît-elle intéressante ? Pensez-vous qu'une forme de gouvernance commune à plusieurs établissements serait de nature à améliorer l'efficacité sans toucher au fonctionnement particulier de chaque établissement ?

La simplification administrative est au cœur de l'action du Gouvernement. Selon vous, trouverait-elle à s'appliquer dans le secteur de la santé où les normes et les contraintes peuvent s'avérer coûteuses en temps, en moyens et, finalement, en argent ?

Vous appelez à davantage de rigueur dans les dépenses liées aux dispositifs médicaux. Dans ce domaine, la France est l'un des leaders mondiaux au regard tant de l'innovation que de la détention de brevets. Pourtant, nous affichons une balance commerciale déficitaire de près de 1,5 milliard d'euros à cause d'une commande publique encore incertaine et surtout, vous le soulignez bien, d'un parcours administratif trop complexe. Combien d'entreprises bénéficient d'un marquage CE ou d'une autorisation de la Food and drug administration (FDA) sans même parvenir à se déployer sur le territoire national ? Comment améliorer le marché français du dispositif médical et ainsi ouvrir l'accès aux soins innovants à un maximum d'utilisateurs ?

M. Jean-Pierre Door. Il est difficile de s'imprégner d'emblée des quatre-vingt-douze recommandations que vous venez nous présenter, monsieur le Premier président. Au moins peut-on relever que, en 2013, contrairement à 2012, le redressement des comptes sociaux, en particulier de la branche maladie, a connu un coup d'arrêt du fait de l'atonie de la croissance. Nous sommes d'accord avec vous, c'est en pesant sur les dépenses pour ralentir leur progression que ce redressement pourra s'accélérer.

La stricte exécution de l'ONDAM est indispensable. Pour la troisième année consécutive, cet objectif resserré n'a pas été dépassé. Pour autant, il a continué de progresser en raison d'un écart important avec le PIB, vraiment atone. Comme vous l'indiquez, l'ONDAM est trop élevé et, sans réforme de structure, il n'y aura pas moyen de dégager de réelles économies.

Alors que nous allons discuter du troisième PLFFSS de la législature, le Gouvernement se trouve toujours devant une équation extrêmement difficile à résoudre. Depuis deux ans et demi, nous ne cessons de dire que le risque de dérapage dans les années à venir est maximum, en raison d'un PIB, d'un taux de croissance et d'une masse salariale totalement en panne. Alors que le Gouvernement doit encore trouver 2 milliards d'économies supplémentaires pour compenser la faiblesse de l'inflation, nous attendons de voir comment il financera les baisses de charges adoptées cet été. Je vois M. Bapt grimacer : tout comme moi, il ne voit pas comment ce problème pourra être résolu.

Dans sa recommandation numéro 9, la Cour préconise d'abaisser le niveau du seuil d'alerte actuellement fixé à 0,5 %. Quel taux proposez-vous ?

Comme chaque année, le rapport détaille les secteurs présentant des marges d'économies. Le premier est celui des médicaments génériques, dont la diffusion, c'est vrai, reste poussive. Nous sommes à la traîne par rapport aux autres pays. Le Gouvernement espère

recupérer 3,5 milliards d'euros en trois ans. Attention, toutefois, à ne pas casser l'industrie pharmaceutique en encourageant sans cesse la baisse du prix des médicaments.

Contrairement à M. Véran, je considère que l'hôpital est le mauvais élève au regard des efforts indispensables à consentir. Les dépenses des établissements de santé, qui sont supérieures à 44 % de l'ONDAM, se sont élevées à plus de 75 milliards d'euros. Les établissements de santé doivent amplifier leurs efforts en matière de gestion et de réorganisation.

Vous pointez, à juste titre, le retard considérable de la France dans le domaine de la chirurgie ambulatoire par rapport aux pays voisins. Comme l'année dernière, vous évoquez une source d'économies potentielles de 5 milliards d'euros, mais cela reste à confirmer.

Vous soulignez également la tendance inflationniste du coût des urgences, qui a explosé de près de 700 millions d'euros et qui serait imputable à l'insuffisante permanence des soins en France, surtout la nuit. Espérons que la mission chargée de réfléchir à la question pourra fournir des pistes.

Enfin, vous estimez qu'il faut intensifier la lutte contre la fraude, et vous avez raison. Alors que M. Tian a souvent été critiqué ici-même lorsqu'il évoquait ce sujet, aujourd'hui tout le monde semble d'accord sur ce point. En parlant ce matin d'un montant de 20 à 25 milliards, vous avez déclenché, Monsieur le Premier président, de nombreuses réactions, dans les médias notamment !

M. Arnaud Richard. Le 10 septembre dernier, le Gouvernement a annoncé qu'il maintenait ses prévisions d'économies budgétaires pour l'année 2015 à 21 milliards, malgré une croissance en berne et un déficit public en progression. Dans un contexte où la dette publique globale représentera bientôt 100 % du PIB, les quatre-vingt-douze recommandations de la Cour des comptes seront bien utiles à la représentation nationale pour faire face à ses responsabilités lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale

Le rapport relève que « la trajectoire votée pour 2014 dans la loi de financement rectificative d'août 2014 apparaît d'ores et déjà compromise. Le scénario d'un retour à l'équilibre en 2017 est des plus incertains : il supposerait un doublement du rythme de réduction du déficit dans les trois ans qui viennent, alors même que les hypothèses de croissance et d'inflation sur lesquelles elle repose sont remises en question ». Dans le cadre du programme de stabilité budgétaire, le Gouvernement a annoncé 11 milliards d'euros d'économies sur les dépenses de l'assurance maladie et 10 milliards sur les autres prestations. Pensez-vous que ces choix politiques doivent être amplifiés pour tenir les objectifs que le Gouvernement s'est fixés ?

La Cour constate que les dépenses ont progressé de 2,7 % cette année, à un rythme à peine infléchi par rapport à l'année précédente, et que seul un surcroît de recettes, de l'ordre de 7,6 milliards d'euros, a permis de réduire le déficit. C'est une tendance insoutenable qui commande la mise en œuvre de réformes structurelles, ce que notre groupe défend au gré des PLFSS. À combien estimez-vous les économies qui pourraient être dégagées d'ici à 2017 avec le lancement de la réforme de l'hôpital, du parcours de soins, de la dépendance, de la retraite ?

S'agissant de la fraude aux cotisations sociales, qui est principalement liée au travail illégal, pensez-vous qu'elle puisse s'expliquer en partie par une modification des

comportements consécutive à la hausse des prélèvements obligatoires et à l'instabilité fiscale ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je fais partie de ceux qui voient dans le répertoire des médicaments génériques une explication au fait que nous sommes très largement à la traîne par rapport aux autres pays. Il faut effectivement le supprimer.

L'augmentation de 30 % en dix ans du nombre de passages dans les services d'urgence me semble être en partie liée à la décision, en 2003, de M. Mattei de décharger les médecins de l'obligation de garde. Dans certains territoires, les gens n'ont pas d'autre solution que de se présenter aux urgences. À cela s'ajoute le problème de l'accès financier aux soins, que le tiers payant permet de résoudre. Compte tenu du prix d'une consultation de nuit, il est plus facile, pour des parents qui ont deux enfants malades et qui ne peuvent pas sortir 150 euros de leur poche, d'aller à l'hôpital. Cela explique les fréquentes consultations sans caractère d'urgence.

Vous regrettez, comme nous, que le décloisonnement entre professionnels de santé soit très en retard. La stratégie nationale de santé prévoit un volet sur les pratiques avancées qui permettra, à mon avis, d'avancer.

M. Richard Ferrand. Les inégalités territoriales de santé sont profondes en France et se creusent encore. Les politiques publiques de lutte contre les déserts médicaux se résument pour l'essentiel à des incitations financières en direction des professionnels de santé, tant la régulation de l'installation des médecins demeure quasi tabou. Dans l'analyse des politiques conventionnelles avec cinq professions représentant l'essentiel des dépenses des soins de ville – médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes –, le rapport mentionne que s'agissant des médecins, « les mesures sont restées purement incitatives, malgré l'importance des déséquilibres démographiques régionaux », alors que, pour d'autres professionnels, on a combiné incitations financières et restriction d'accès en zone de surdensité. En affirmant que « Le conventionnement ne devrait pas être considéré comme un droit automatique et devrait être rendu conditionnel pour toutes les professions, y compris les médecins, dans les zones en surdensité », il touche un point éminemment sensible. Parmi les scénarios envisageables de soutien à la régulation de l'installation, comme l'autorisation préalable ou le fléchage pur et simple, la conditionnalité du conventionnement est simple à mettre en œuvre, ajustable et rapide dans ses effets sans être injuste ou autoritaire.

Malgré de nombreuses sollicitations pour obtenir une évaluation du coût global de la politique d'incitation financière à l'installation, les réponses de l'administration tardent à nous parvenir. La Cour peut-elle avancer des estimations économiques générales de cette politique ?

Pourriez-vous expliciter la proposition relative à l'extension, dans les zones en surdensité, de la conditionnalité du conventionnement dans toutes les professions de santé, et préciser quelles répercussions on pourrait en attendre sur la démographie médicale ?

Mme Véronique Louwagie. À propos de la sincérité à laquelle vous nous avez appelés, permettez-moi d'indiquer que nous avons mis en doute, lors de l'examen du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale, celle des hypothèses retenues. Les prévisions, de 1 % sur l'année pour la croissance et de plus de 1,2 % pour l'inflation, étaient alors déjà plus élevées que les dernières estimations de l'INSEE – 0,5 % pour les deux

indicateurs. Moins de quarante-cinq jours après, ces hypothèses sont d'ores et déjà compromises, comme vous le souligniez vous-même en préambule.

La recommandation n° 18 vise à articuler plus étroitement l'examen par le Parlement des lois financières, notamment en organisant une discussion commune des volets recettes des projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale. Va-t-elle jusqu'à tendre vers un seul budget, avec un seul volet recettes ?

Nous sommes tous d'accord pour lutter contre la fraude qui a des impacts en termes financiers, d'éthique et d'égalité.

Dans la recommandation n° 14 relatives à la situation du régime social des indépendants (RSI), la Cour insiste sur la restauration d'une politique d'ensemble fixant aux caisses locales des objectifs de taux de contrôle, de redressement et de recouvrement. Ne serait-il pas plus intéressant de créer un niveau d'information et de contrôle *via* l'administration fiscale, puisque les centres des impôts disposent de ces informations ?

Mme Monique Iborra. Une estimation des économies attendues du raccourcissement du séjour dans les maternités a-t-elle été effectuée ? La mise en œuvre de cette disposition accélérerait la rotation des lits occupés, ce qui nécessiterait soit un gain de productivité important des personnels soit l'augmentation des effectifs. De plus, les actes de suivi augmenteraient nécessairement, puisque les femmes ayant accouché nécessitent des soins postnataux.

Le projet de loi sur la stratégie nationale de santé contiendra certainement des éléments en rapport avec vos préconisations en matière de permanence des soins et d'urgences. J'indique que la région Midi-Pyrénées a mis en place, au début du mois de juin, un système qui associe les médecins libéraux et les médecins hospitaliers dans les locaux du SAMU, pour répondre aux urgences. En trois mois, déjà 11 000 appels ont été recensés.

Enfin, il est classique de stigmatiser les dépenses à l'hôpital, mais nous ne sommes pas en mesure ici de faire la comparaison entre coûts publics et coûts privés en matière de dépenses de personnels puisque l'obligation législative de transmission des comptes des cliniques privées aux Agences régionales de santé (ARS) n'est pas appliquée. Cela doit interpeller les législateurs que nous sommes. Il faut faire en sorte que le décret d'application du code de la santé publique concerné soit publié rapidement pour rendre effective cette obligation de transmission.

Mme Isabelle Le Callennec. L'article 10 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale a porté la dotation de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés de 263,4 millions d'euros à 103,34 millions. Ce sont ainsi 160 millions d'euros qui ont été supprimés du budget de la sécurité sociale. Je ne comprends toujours pas cette décision au regard des besoins de modernisation des hôpitaux publics et privés.

Quelles sont les économies attendues du développement de la chirurgie ambulatoire ? Entre les CHU et les hôpitaux locaux, les hôpitaux intermédiaires ont intérêt à accueillir des personnes en urgence parce que la T2A leur est favorable et qu'ils obtiennent des dotations supplémentaires. Alors que c'est un moyen de réaliser des économies, paradoxalement, le développement de la chirurgie ambulatoire risque de les mettre en grande difficulté.

La ministre de la santé a annoncé la généralisation du tiers payant. A-t-on mesuré l'impact de cette mesure sur les finances de la sécurité sociale ?

Mme Joëlle Huillier. La durée des séjours en maternité est-elle la même dans les cliniques privées et dans les hôpitaux publics ?

Dans la lutte contre la fraude aux cotisations sociales, de nouveaux outils doivent effectivement être mis en place, surtout pour repérer d'éventuelles situations frauduleuses. Parallèlement, ne conviendrait-il pas de renforcer les effectifs de contrôleurs ? Quel serait le rapport entre le coût du personnel et ses frais de gestion et les montants récupérés ?

M. Rémi Delatte. La Cour des comptes recommande le développement de la chirurgie ambulatoire depuis plusieurs années, estimant à 5 milliards le montant des économies potentielles, soit 7 % de l'ONDAM hospitalier. Vous aviez regretté, monsieur le Premier président, la modestie des objectifs de l'assurance maladie en matière de chirurgie ambulatoire en 2010-2011, ceux-ci ayant même carrément disparu depuis 2012.

Face à cet échec, si je puis dire, quelle recommandation formuleriez-vous pour réussir la mutation vers la chirurgie ambulatoire ? Quels en seraient les impacts financiers réels sur les comptes sociaux ?

M. Gérard Sebaoun. Un large débat a eu lieu, tant en commission que dans l'hémicycle, sur l'opportunité de supprimer les plus de 5 milliards d'euros de recettes annuelles de la C3S alors que nos finances publiques sont à la peine. Même si l'alignement progressif du taux des cotisations RSI sur celui des salariés que vous préconisez était immédiatement suivi d'effets, je ne vois pas en quoi il nous dispenserait de poser la seule question qui vaille : comment compenser la fin de la C3S ? La TVA aurait été évoquée.

M. Bernard Perrut. Seulement 10 % des recommandations émises par la Cour des comptes dans ses trois derniers rapports annuels ont été totalement mises en œuvre et 52 % l'ont été partiellement. Que faire pour plus d'efficacité encore ? La Cour mérite d'être mieux entendue.

L'impératif retour à l'équilibre des comptes sociaux passe par une maîtrise rigoureuse des dépenses, notamment à l'hôpital où les gains d'efficacité doivent être mobilisés plus fermement.

Le rapport de la Cour ne comporte pas d'analyse des communautés hospitalières de territoire, organisation qu'ont pourtant choisie beaucoup de régions françaises. Celle qui a été mise en place à l'hôpital Nord-Ouest de Villefranche-sur-Saône sert aujourd'hui d'exemple en région Rhône-Alpes, tant au regard de l'efficacité économique que de l'organisation des services de consultation, voire de chirurgie ambulatoire.

La hausse de 30 % du recours aux urgences signifie clairement qu'une évolution est nécessaire. Même dans les secteurs où des maisons médicales de garde ont été installées, les services d'urgence sont toujours plus fréquentés. Il faudrait savoir pourquoi les patients font ce choix. Ils attendent, je crois, un service plus efficace. À l'hôpital, par exemple, les examens peuvent être pratiqués sur place ; surtout, ils n'ont rien à payer, ce qui n'est pas le cas à la maison médicale de garde. Il faut mieux organiser la complémentarité entre maisons médicales de garde et services hospitaliers pour que ceux-ci fonctionnent plus efficacement.

Mme Annie Le Houerou. Les budgets de personnel des hôpitaux sont très contraints. Vous préconisez une meilleure gestion des effectifs et des temps de travail, et les personnels ont fait de gros efforts d'adaptation. La Cour s'est-elle penchée sur l'intérim médical, rendu nécessaire par l'inégale répartition des compétences et des professionnels de santé sur les territoires, mais dont le coût exorbitant est souvent responsable du déficit de nombreux hôpitaux locaux ?

Les projets régionaux de santé (PRS) sont des documents volumineux, mais sans priorité clairement affichée ; ils sont, selon moi, peu opérationnels. Vous recommandez la suppression des conférences de territoire dont le positionnement et le rôle ne seraient pas clairement définis. Pourtant, au sein de ces instances, les élus de terrain, les représentants des usagers et les professionnels de santé définissent très concrètement les moyens et les outils à déployer en priorité, discutent les complémentarités entre les centres hospitaliers d'un même territoire de santé et la dynamique concrète portée par des communautés hospitalières. Le PRS y est décliné de manière opérationnelle, et les orientations prioritaires, notamment les plans locaux de santé, y sont définies. Les conférences de territoire permettent aussi de casser les cloisonnements entre sanitaire, médecine de ville, hôpital et médico-social. N'est-ce pas un outil intéressant pour rendre les PRS plus opérationnels ? Pouvez-vous nous éclairer sur votre proposition ?

M. Gilles Lurton. Cela fait plusieurs années que le rapport de la Cour des comptes souligne la difficulté à développer la vente de médicaments génériques. D'où vient ce blocage ? Est-ce une réticence des médecins ? Des patients ?

Il n'y a pas grand-chose dans le rapport sur la consommation des médicaments dans les hôpitaux. Que deviennent ceux qui ne sont pas consommés en raison d'un changement de traitement ? Parfaitement conditionnés, ils pourraient fort bien être réutilisés à d'autres fins.

Lors de l'examen du PLFSS l'année dernière, Mme la ministre des affaires sociales s'était engagée à engager dans notre pays une expérimentation de délivrance de médicaments à l'unité. Les résultats sont-ils connus ?

Nous avons également adopté une réforme de la biologie médicale qui a immédiatement conduit à des regroupements de laboratoires et à la création de laboratoires départementaux pour l'analyse des prélèvements, cela au détriment de la proximité. L'application de cette loi a-t-elle engendré des économies, alors que la Cour souligne des dépenses toujours excessives de biologie médicale ?

Enfin, malgré les réponses apportées par la Caisse nationale du régime social des indépendants, nous avons encore un système extrêmement défaillant. On pourrait en dire autant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV), qui accuse, comme le RSI, d'importants retards dans la liquidation des pensions de retraite et qui, en outre, ne daigne pas répondre aux questions de ses affiliés.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous n'avons pas encore de recul sur les médicaments vendus à l'unité puisque l'expérimentation vient tout juste de commencer. Sur les cent pharmaciens participant, soixante-quinze vendront à l'unité et vingt-cinq vendront en conditionnement habituel.

Mme Hélène Geoffroy. Pour remédier au manque d'approche globale et coordonnée des PRS, la Cour préconise d'en simplifier l'élaboration en limitant les priorités. Quelles devraient être, selon vous, ces priorités ?

Les PRS souffrent aussi de la dispersion des acteurs et de l'hétérogénéité des données. Comment améliorer la situation, et comment assurer une meilleure efficacité du lien entre pilotage national et pilotage régional ?

Je m'associe à la question d'Annie Le Houerou sur la suppression des conférences de territoire. Quelle forme prendraient les nécessaires partenariats entre les collectivités, les services déconcentrés de l'État et les usagers ?

M. Bernard Accoyer. La fraude aux cotisations sociales n'est-elle pas le fait d'une économie souterraine qui se développe en raison de l'excès de charges qui pèsent sur les entreprises ?

Vous avez relevé l'évolution du poids de l'hôpital public dans les dépenses maladie, sans évoquer les réformes de structure le concernant : affaiblissement programmé des effets de la T2A, fin de la convergence tarifaire, conséquences des 35 heures dans la fonction publique hospitalière et compte épargne-temps, conséquences de la généralisation du tiers payant et de la suppression du ticket modérateur, « hospitalocentrisme » affectant la coopération public-privé et qui finira par engendrer files d'attente et baisse de la qualité des soins – vous le soulignez inconsciemment à propos de l'obstétrique, qui devient un quasi-monopole de l'hôpital public et dont vous constatez déjà l'augmentation considérable des prix. Bref, que pensez-vous des vraies réformes de structure qui pourraient être proposées à l'exécutif ?

Mme Françoise Dumas. Les dispositifs médicaux doivent, comme tous les autres produits de santé, être régulés afin qu'un plus grand nombre de patients puisse en bénéficier sans avoir à supporter un reste à charge discriminant. Le Comité économique des produits de santé (CEPS) décide de cette régulation. Le rapport pointe à la fois sa légitimité et son manque de moyens pour mener à bien sa mission de négociation avec les fabricants, les distributeurs, les prestataires, afin d'obtenir des prix accessibles au plus grand nombre. Dans le champ du handicap, si nous avons une assez bonne visibilité sur la part remboursée par l'assurance maladie, la part des autres financeurs est particulièrement difficile à évaluer, notamment pour tout ce qui relève des aides techniques. C'est certainement un problème de moyens, mais aussi de transparence des bases de données et de mutualisation des services. Quelles sont les recommandations de la Cour à cet égard ?

Ne serait-il pas nécessaire également de clarifier les domaines de compétence et d'intervention des collectivités territoriales, pour que les restes à charge soient le plus possible réduits et encadrés sur tout le territoire, notamment dans le champ du handicap et de la dépendance ?

M. Didier Migaud. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez aux travaux de la Cour des comptes. Vous êtes très demandeurs de recommandations et de pistes de travail, et c'est bien le rôle de la Cour d'avancer des réflexions pour éclairer les représentants du suffrage universel.

M. Bapt a qualifié de sévère le rapport de la Cour. Nous raisonnons à partir des objectifs fixés et de nos constats quant à l'exécution, et le rapport correspond à la réalité des

chiffres que nous constatons. Or nous ne pouvons pas ne pas constater que la France continue d'avoir des déficits élevés, des comptes sociaux déséquilibrés, ni ne pas observer qu'il s'agit là d'une situation plutôt atypique. Une accoutumance aux déficits, une certaine indifférence à l'absence de résultats des politiques publiques s'installe.

Ce que nous identifions comme économies possibles est, de ce point de vue, plutôt encourageant, car cela montre qu'il existe des solutions qui ne remettent pas en cause les principes ayant présidé à la création de la sécurité sociale ni un système de soins que beaucoup de pays nous envient.

Des sommes importantes sont dépensées sans considération de l'efficacité que l'on est en droit d'attendre de mesures concernant la santé. Le fait d'avoir fixé en 2013, tout particulièrement pour les soins de ville, un ONDAM plus important que l'année précédente, alors même que l'ONDAM 2012 avait été sous-exécuté, n'a pas incité à une plus grande maîtrise de la dépense d'assurance maladie. C'est pourquoi nous formulons quelques recommandations sur la fixation de l'ONDAM. Des augmentations ont été fixées à des niveaux nettement plus importants par le passé, mais cette donnée doit être rapportée à l'inflation : celle-ci est aujourd'hui très basse.

Forts de ces constats, nous présentons des propositions pour un meilleur pilotage des dépenses de santé. Nous proposons ainsi d'élargir la loi de financement de la sécurité sociale à des secteurs aujourd'hui non couverts, pour permettre aux parlementaires d'avoir, en particulier sur les recettes, une vision plus globale et synthétique. Compte tenu des liens qui existent entre la fiscalité et le financement de la sécurité sociale, il nous paraît légitime que la discussion sur la partie des recettes soit commune aux lois de finances et aux lois de financement de la sécurité sociale ; nous nous demandons même pourquoi ce n'est pas encore le cas, tellement c'est de bon sens. Nous n'allons pas, toutefois, jusqu'à proposer un texte unique.

Il serait également important de créer une loi de résultat, pour vous permettre de contrôler l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale. La Cour des comptes regrette que la question du contrôle de l'exécution de la dépense ne soit pas encore suffisamment prise en considération par les parlementaires. Dans de nombreux pays, le temps consacré à l'examen des lois de finances est très court. Une loi de finances traduit des intentions, un affichage, mais c'est la réalité de l'exécution qui importe. Regardez le temps que vous consacrez à la réalité de l'exécution et celui que vous consacrez à l'examen des lois de finances et lois de financement de la sécurité sociale ; je n'ai pas besoin d'en dire plus. Une loi de résultat serait utile. Les termes mêmes sont importants : « loi de règlement », cela ne veut rien dire. On constate souvent des écarts entre les intentions affichées et l'exécution ; la réalité d'une politique s'apprécie non à partir d'un projet, mais sur son exécution.

Cela fait partie de nos recommandations concernant le pilotage. Les biais sur lesquels nous avons insisté l'an dernier sur la fixation de l'ONDAM hospitalier se retrouvent sur l'ONDAM pour les soins de ville. Si des mesures ne sont pas prises, cela peut poser à terme la question de la sincérité. Nous nous réjouissons donc que les pouvoirs publics aient tenu compte de certaines de nos propositions à cet égard.

Nous ne passons pas sous silence le fait que le déficit diminue, mais l'effort se ralentit – 3,1 milliards, c'est moins que 3,7 milliards, et moins encore que les 7 milliards de 2011. La conjoncture peut expliquer pour partie ce ralentissement, mais la plus grande part de

l'actuel déficit est bien structurelle. Des efforts ont été déployés par les pouvoirs publics, et les professionnels de santé ; ils commencent à porter leurs fruits, et je les ai salués.

S'agissant de la fraude, les chiffres datent de 2012. Les effets de politiques récentes sont donc à nuancer. Les augmentations d'impôts n'ont pas commencé à cette date. La fraude est un véritable enjeu. Les contrôleurs doivent pouvoir s'adapter aux nouvelles formes de fraude : nous disons qu'il convient de préserver les effectifs, de leur apporter des moyens supplémentaires, de mutualiser certaines informations, afin de rendre la lutte contre la fraude la plus efficace possible.

La sous-estimation intentionnelle de l'activité, dans le but de payer des cotisations moins élevées, peut expliquer certaines choses, et la même observation peut être faite concernant la retraite des indépendants. En tout état de cause, le déficit est réel. Jusqu'à présent il était couvert ; dès lors que la recette est supprimée, il faut en trouver une autre, sauf à reporter la charge sur les salariés, avec tous les problèmes d'équité que cela présente. Il est de votre responsabilité d'apporter des réponses à ces sujets.

Le président Antoine Durrleman confirmera, entre autres, le chiffre de 5 milliards d'euros d'économies possibles à terme sur la chirurgie ambulatoire. Je rappelle le montant global des propositions d'économies de notre rapport : 2 milliards d'euros sur les médicaments génériques, 250 millions sur les dispositifs médicaux, 500 millions sur les urgences, avec une meilleure articulation entre l'hôpital et les soins de ville, 320 millions sur l'assurance maternité – nous raisonnons en brut – avant des mesures d'accompagnement qui peuvent être nécessaires si la durée du séjour diminue. 3 milliards d'euros d'économies sont ainsi possibles annuellement, et nous avons également formulé des propositions en matière de transport sanitaire, de biologie médicale et de chirurgie ambulatoire qui ne figurent pas parmi ces chiffres. Mais si c'est possible, nous ne disons pas que c'est facile ; il n'est pas aisé de surmonter les corporatismes et les rigidités.

M. Antoine Durrleman, président de la 6^e chambre de la Cour des comptes. J'aborderai, dans un premier temps, les suites données aux propositions des rapports antérieurs de la Cour.

En ce qui concerne les problématiques de prise en charge de l'optique et des audioprothèses, auxquelles nous avons consacré l'an dernier un chapitre très précis, les pouvoirs publics, dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, ont donné suite aux préconisations de la Cour, dans le cadre de la mise en place de l'accord national interprofessionnel sur la généralisation de la complémentaire de santé. Un premier décret a été publié le 10 septembre dernier, définissant le panier de soins qui sera pris en charge dans le cadre de cette complémentaire généralisée. Un nouveau décret paraîtra prochainement pour fixer le niveau maximum de prise en charge de ce panier de soins. Cela fait l'objet de discussions avec les organismes complémentaires et les professionnels de santé. Dans le même temps, nous avons proposé de rendre plus facile l'achat de certains produits d'optique sur internet ; les pouvoirs publics ont pris des mesures en ce sens.

En ce qui concerne les problématiques de biologie, nous avons été inégalement entendus. Nous avons été suivis sur le point important du dosage de la vitamine D. Nous avons souligné que cette dépense s'était emballée, qu'elle représentait pas moins de 100 millions d'euros par an pour l'assurance maladie, sans qu'il y ait eu aucune évaluation médico-économique de cette prolifération. À la suite de notre rapport de l'an dernier, la Haute autorité de santé a publié une recommandation de bon usage du dosage de la vitamine D.

Nous ne sommes pas capables de dire ce que cela représente en volume d'économies, mais l'effort de régulation médicalisée auquel nous appelions a bien été entendu.

En revanche, nous n'avons pas été entendus sur la politique conventionnelle. Nous avons proposé de ne pas reconduire la convention avec les directeurs de laboratoires d'analyses médicales, qui venait à expiration en juillet 2014. Les pouvoirs publics n'ont pas choisi cette remise à plat, préférant, en dehors de la politique conventionnelle, faire passer un accord entre la Caisse nationale d'assurance maladie et les syndicats de biologistes. Cet accord prévoit simplement une stabilisation en valeur de la dépense de biologie dans les prochaines années, voire une possibilité de progression de 0,25 % par an.

Nous pensions que des marges supplémentaires étaient possibles, notamment au regard de la réorganisation des laboratoires. Or nous avons constaté que cette réorganisation s'était traduite essentiellement par des fusions d'ordre juridique et assez peu par la réorganisation des plateaux techniques. Il nous semblait qu'une réorganisation accrue de ces plateaux techniques, compte tenu de la puissance des automates de traitement, permettrait des marges, qui pourraient être ristournées à l'assurance maladie. Les pouvoirs publics ont considéré que la stabilisation de la dépense pouvait être un objectif intérimaire qui permettrait sans doute d'aller plus loin dans un second temps.

Dans le domaine hospitalier, nous avons proposé, pour les établissements hospitaliers d'équilibre du territoire, qui servent de points d'appui à des professionnels libéraux de santé, un financement mixte combinant la tarification à l'activité et une forme de dotation forfaitaire, afin que ces établissements puissent demeurer des pôles d'amarrage d'un ensemble d'acteurs du système de soins. Les pouvoirs publics ont donné suite à cette proposition par une mesure de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014. Elle est en cours de discussion.

Le taux de 62 % – 10 % de recommandations complètement suivies, 52 % en cours de mise en place – cité tout à l'heure peut paraître relativement limité, mais les recommandations que nous formulons sont souvent difficiles à mettre en œuvre. Elles exigent des discussions, de la concertation, parfois un travail de finalisation technique de la part des administrations. C'est pourquoi nous suivons nos recommandations, non pas simplement d'une année sur l'autre, mais sur plusieurs années. Nous avons, par exemple, préconisé la modulation des prestations familiales en fonction des conditions de ressources dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2012. Les suites données par les pouvoirs publics, en ce qui concerne la prestation d'accueil du jeune enfant, sont intervenues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 : cette réforme est ainsi en voie d'être mise en place deux ans plus tard.

J'en viens à présent aux questions sur le rapport de cette année. Dans le champ de l'assurance maladie, les pouvoirs publics, s'agissant de la chirurgie ambulatoire, ont donné suite à nos préconisations en haussant l'objectif fixé pour les établissements publics dans une démarche progressive : les économies se déploieront donc dans le temps.

Ce que nous disions, et cela a été confirmé par une analyse de l'inspection des finances et de l'inspection des affaires sociales demandée par les pouvoirs publics dans le cadre de la modernisation de l'action publique, c'est que l'assurance maladie paie plusieurs fois. Elle paie tout d'abord parce que les services de chirurgie classique sont vides à hauteur de plus d'un tiers de leurs capacités. Elle paie aussi parce que les places de chirurgie ambulatoire ne sont pas suffisamment utilisées. Enfin, elle paie parce que la rémunération de

l'acte de chirurgie ambulatoire est alignée sur celle de l'acte de chirurgie conventionnelle. Les pouvoirs publics ont commencé, dès la campagne tarifaire de 2014, à modifier cette approche d'égalité de tarification, de façon que l'outil tarifaire devienne incitatif pour le développement de la pratique ambulatoire.

Des économies supposent que se dégagent des gains de productivité dans les hôpitaux. Elles ne seront pas immédiates mais le potentiel que nous avons indiqué, de l'ordre de 5 milliards d'euros, est documenté par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux. Cela demande que cette trajectoire de transformation soit conduite à son terme.

En ce qui concerne les coopérations hospitalières, nous les avons éclairées il y a trois ans dans le rapport sur la sécurité sociale de 2011. Nous avons constaté que les coopérations étaient une sorte de manteau de Noé, couvrant non seulement des organisations très solides entre établissements, des formes d'adossement, mais aussi des formes de coopération extrêmement lâches. Nous serons amenés à revenir sur ce sujet pour étudier la mise en place des communautés hospitalières de territoire et, le moment venu, des groupements hospitaliers de territoire que Mme la ministre de la santé et des affaires sociales prévoit d'instituer dans son projet de loi de santé. Ces groupements seront obligatoires, ce qui conduira les établissements hospitaliers publics à se penser et à s'organiser dans un cadre collectif. Au-delà des fonctions de support – achats, informatique, blanchisserie et autres –, une forme de gouvernance commune permet de développer un projet médical en commun. Un projet commun peut être plus attractif qu'une série de projets juxtaposés. Nous serons amenés, avec les chambres régionales des comptes, à y revenir.

Les problématiques du personnel des hôpitaux sont essentielles. L'hôpital, c'est 140 métiers, et ce qui les réunit c'est la main : la main du médecin qui ausculte, la main de l'aide-soignant ou de l'agent hospitalier qui transfère le patient du lit au fauteuil, la main du brancardier qui pousse le brancard jusqu'au bloc. Le personnel est l'essence même du fonctionnement de l'hôpital. Cela ne signifie pas que la gestion des effectifs ne soit pas perfectible : elle l'est, de notre point de vue, en raison de l'existence de rigidité de gestion et d'organisations peu efficaces, voire, parfois, maltraitantes pour les agents. Un exemple que nous développons dans le rapport est la dissociation des cycles de travail. Quand le cycle des médecins ne correspond pas au cycle des soignants, cela crée des dysfonctionnements, des pertes d'efficacité, voire des risques pour les malades. Un travail sur l'organisation du travail nous paraît donc essentiel pour que la dépense de personnel soit plus efficace.

Personne n'a évalué les 35 heures dans les hôpitaux. Ce que nous mesurons, non sans difficulté, ce sont les jours épargnés sur les comptes épargne-temps. Un dénombrement a eu lieu à l'automne 2007 ; depuis lors, nous n'avons pas de vision consolidée. Les hôpitaux ont provisionné un milliard d'euros pour solder ces jours, mais nous ne savons pas si ce sera suffisant. Il est probable que la certification des comptes des hôpitaux apportera un peu de clarté.

En ce qui concerne les politiques conventionnelles et leur contribution à un meilleur accès aux soins, nous avons cherché à documenter quelle avait été la stratégie de l'assurance maladie depuis dix ans. Il y a dix ans, le système conventionnel a, en effet, été profondément modifié. Notre conviction, c'est qu'il y a eu beaucoup d'actions, peut-être trop, beaucoup de succès tactiques, mais que la vision stratégique, celle qui était au cœur de la loi de 2004, avec la mise en place du parcours de soins coordonnés, du médecin traitant, du dossier médical personnel, a été perdue de vue. La politique conventionnelle ne l'a pas secondée.

Le parcours de soins a été uniquement un parcours tarifaire. La convention n'a pas pensé en termes de chaînage des prises en charge mais en termes de modulation tarifaire selon les différentes étapes d'une prise en charge. Le dossier médical personnel n'a pas été porté par les conventions, et c'est à ce jour un fiasco complet. Notre recommandation principale est donc que les pouvoirs publics soient plus présents. Ils doivent dire plus clairement ce qu'ils attendent des partenaires conventionnels. Le projet de loi de santé de Mme la ministre modifie le pilotage de la politique conventionnelle dans le sens des recommandations de la Cour.

La question des disparités territoriales d'installation, que nous avons étudiée il y a trois ans, reste un sujet difficile. Tout d'abord, il n'y a pas de vision complète des coûts des différents dispositifs incitatifs. Lorsque nous avons étudié ce sujet, en 2011, nous n'avons pas pu étudier les efforts très importants des collectivités locales pour aider à l'installation de professionnels de santé.

Nous avons également souligné que les outils de la politique conventionnelle devaient être davantage mis au service de l'accessibilité géographique des soins. Nous avons proposé, il y a deux ans, de moduler la prise en charge des cotisations des professionnels libéraux en fonction de leur lieu d'implantation. Nous allons plus loin cette année, en suggérant l'idée que le conventionnement ne soit plus automatique. Comme cela existe déjà pour certaines professions, les modalités de conventionnement dépendraient des zones géographiques.

En ce qui concerne les génériques, le système français est très différent de celui des autres pays, où le générique est l'affaire des prescripteurs. En France, il est celle des pharmaciens ; ceux-ci assurent leur diffusion depuis 1996. Cette politique est en train de trouver ses limites, malgré l'efficacité du dispositif « tiers payant contre génériques ». Il nous semble que l'obligation, pour les médecins, de prescrire, à partir de janvier 2015, en « dénomination commune internationale », c'est-à-dire de prescrire des molécules et non nommément des médicaments, rendra possible la suppression à terme du répertoire, sorte de dictionnaire qui permet de définir le champ des substitutions possibles entre princeps et génériques. Une première étape pourrait être celle que suggère l'Agence nationale de sécurité du médicament, à savoir une base élargie, plus souple, à la fois médicale et économique, qui permette de diffuser progressivement la culture de prescription parmi les médecins.

Les dispositifs médicaux ont besoin de priorités plus claires en matière de fixation de tarifs. Une des priorités, c'est l'innovation. Il existe aujourd'hui un tel retard de tarification que des dispositifs médicaux anciens sont très correctement tarifés ; il existe des effets de rente, au détriment des dispositifs innovants. C'est pourquoi nous appelons à la redéfinition des priorités et des outils, à une action beaucoup plus élaborée des pouvoirs publics.

Nous n'avons pas examiné le fonctionnement de la totalité des conférences territoriales de santé, mais, là où les rapporteurs de la Cour se sont rendus, ils ont constaté, malgré des réussites, une lourdeur et une faible productivité des réunions de ces conférences. La recommandation de la Cour est sans doute radicale : dans le cadre de la simplification de l'élaboration des projets régionaux de santé, une nouvelle génération étant appelée à naître en 2016, il a semblé que le détour méthodologique par la conférence territoriale de santé n'était pas nécessaire.

L'ONDAM ne reprend pas la totalité des dépenses d'assurance maladie et d'accidents du travail et maladies professionnelles : 10 % de la dépense n'est en réalité pas pilotée. Dans ces 10 %, on trouve des dépenses qui pèsent très lourd et se développent très

rapidement, en particulier les dépenses d'invalidité. Nous avons étudié ces dernières il y a quelques années : elles ne font l'objet d'aucune analyse, car tout l'effort des pouvoirs publics est lié aux dépenses qui sont dans le champ de l'ONDAM. Il nous paraîtrait donc pertinent d'élargir ce champ.

En matière d'AT-MP, nous avons constaté, dans notre rapport de certification, qu'il y avait des difficultés de liquidation et des erreurs. Selon notre estimation, les sommes sont inférieures à 50 millions d'euros. Nous pensons cependant que cette estimation est inférieure à la réalité, car les indicateurs de la CNAMTS ne nous paraissent pas fiables. Nous avons demandé à celle-ci, dans le cadre de la campagne de certification engagée à l'automne, d'être plus précise.

S'agissant de la préretraite amiante et, plus généralement, de la prise en charge des victimes de l'amiante, nous avons, dans le rapport public annuel de février, formulé des recommandations pour l'avenir. Les pouvoirs publics étaient dans l'attente d'une enquête complémentaire de l'inspection générale des affaires sociales. À ma connaissance, les conclusions n'en ont pas été tirées. Peut-être le projet de loi de financement de la sécurité sociale en sera-t-il l'occasion.

Dans le secteur médico-social, nous vous avons remis, il y a un peu plus d'un an, en octobre 2013, ainsi qu'à la commission des finances, un rapport que vous nous aviez conjointement demandé sur la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Nous avons pointé de manière extrêmement précise l'utilisation des 3,2 milliards d'euros de réserve que s'était constituée la CNSA au fil du temps en raison de la sous-exécution de l'objectif de dépense relatif aux personnes âgées. Nous avons montré qu'à hauteur de plus de 2 milliards d'euros ces réserves avaient été consacrées, non au fonctionnement, mais à l'aide aux investissements des établissements pour personnes âgées, et qu'environ 300 millions d'euros avaient été restitués à l'assurance maladie. Il restait, en 2012, 450 millions de réserves non utilisées, et la prévision d'utilisation pour 2013 était de 200 millions. Je n'ai pas d'état plus récent, mais la trajectoire de résorption a globalement été suivie.

S'agissant du financement du Fonds de solidarité vieillesse, à la suite du reciblage sur la prise en charge de la perte d'autonomie et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie, prévu par le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement, nous n'avons pas d'informations sur la manière dont ce reciblage sera compensé pour le Fonds. Nous nous contentons d'indiquer qu'il convient de prévoir des financements pérennes pour ce dernier.

S'agissant du régime social des indépendants, nous n'avons pas de préconisation particulière sur la nature des recettes qui pourraient se substituer à la contribution de solidarité pour l'autonomie. Nous signalons simplement qu'elles doivent s'inscrire dans un cadre à la fois pérenne et évolutif. La C3S a été créée en 1971, et chacun sait qu'un bon impôt est un vieil impôt. La C3S était également une imposition productive. Si les recettes apportées à la Caisse nationale d'assurance vieillesse ne sont pas solides et durables, le régime sera déficitaire. Nous avons déjà rencontré une telle situation, avec, en particulier, le régime des exploitants agricoles : quand l'État a cessé de le financer, il a fallu recourir à des emprunts bancaires.

Nous savons que les possibilités de contribution des bénéficiaires du RSI, peu considérables, sont totalement hors de proportion avec le déficit, mais il nous paraît important, dès lors que les régimes sont alignés et que le financement passe par la Caisse

nationale d'assurance vieillesse, qu'un effort complémentaire soit fourni. Celui-ci peut prendre deux formes : la lutte contre la fraude – le RSI est aujourd'hui totalement atone en la matière – et, même si nous mesurons l'accroissement de l'effort contributif déjà consenti par les ressortissants du RSI, de nouveaux alignements dans le temps.

Les cotisations des régimes complémentaires AGIRC-ARRCO ne font l'objet d'aucun contrôle parce que les caisses de retraite complémentaires n'en ont pas les moyens. Vous avez voté, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, un article prévoyant le transfert de cette compétence de contrôle au bénéfice des URSSAF et de l'ACCOSS. Huit ans plus tard, le décret d'application n'a toujours pas été pris, pour des raisons qui tiennent à la fois aux URSSAF et aux régimes complémentaires. Les URSSAF craignent que cette action ne soit au détriment de ses autres contrôles ; les régimes complémentaires craignent que les cotisations recouvrées pour leur compte ne leur soient pas reversées. L'exemple de l'assurance chômage a tranché ce débat. Quand, en 2011, le recouvrement des cotisations d'assurance chômage a été transféré aux URSSAF, le contrôle a été beaucoup plus dynamique et les recettes supplémentaires apportées à l'UNEDIC très importantes. Cette situation, qui dure depuis huit ans, mériterait d'être réglée.

Enfin, la fréquentation des urgences hospitalières peut être mieux régulée. Il existe des problèmes de tarification et d'organisation. Les maisons médicales de garde, même si elles sont un outil important de la permanence des soins, ne sont pas la panacée. La question se pose de l'accès à des soins non programmés, à des horaires différents de ceux des maisons médicales de garde. Dans la journée, les urgences sont aussi fréquentées par des personnes qui ne trouvent pas dans un cabinet médical libéral de plages d'accueil sans rendez-vous, qui ont tendance à se réduire. L'accueil est un point sur lequel la politique conventionnelle pourrait soutenir une vision différente.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Merci, monsieur le Premier président et monsieur le président de la 6^e chambre, pour ces interventions, dont nous tâcherons de nous inspirer lors de nos deux grands prochains rendez-vous : le PLFSS et la stratégie nationale de santé.

La séance est levée à dix-neuf heures trente-cinq.



Information relative à la commission.

*La commission des affaires sociales a désigné **M. Gérard Cherpion**, rapporteur sur la proposition de loi de MM. Gérard Cherpion et Christian Jacob relative à la simplification et au développement du travail, de la formation et de l'emploi (n° 2165).*

Présences en réunion

Réunion du mercredi 17 septembre 2014 à 17 heures

Présents. – M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Pierre Aylagas, M. Gérard Bapt, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Jean-Louis Costes, M. Rémi Delatte, M. Jean-Pierre Door, Mme Françoise Dumas, M. Richard Ferrand, Mme Hélène Geoffroy, Mme Joëlle Huillier, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Bernadette Laclais, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, Mme Gabrielle Louis-Carabin, Mme Véronique Louwagie, M. Gilles Lurton, M. Laurent Marcangeli, M. Pierre Morange, Mme Monique Orphé, M. Christian Paul, M. Bernard Perrut, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Richard, Mme Barbara Romagnan, M. Gérard Sebaoun, M. Christophe Sirugue, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine, M. Olivier Véran

Excusés. – Mme Véronique Besse, Mme Valérie Boyer, Mme Véronique Massonneau

Assistait également à la réunion. – M. Philippe Noguès