

Synthèse

Sécurité sociale 2007

Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

■ Avertissement

La présente synthèse est destinée à faciliter la lecture du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage la juridiction. Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont insérées dans le rapport de la Cour.

L'ordre des chapitres résumés correspond à celui du rapport

Sommaire

Présentation	5
1 Avis sur les tableaux d'équilibre	6
2 Les résultats et le financement des régimes sociaux	10
3 L'ONDAM	12
4 La fiabilité des comptes des hôpitaux ...	15
5 Les contrôles des COREC	19
6 L'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général	21
7 La nouvelle gouvernance nationale de l'assurance maladie	25
8 Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins	27
9 La dépense de médicament	33
10 Le partage des données entre les systèmes d'information de santé	39
11 Les aides publiques aux familles	41
12 L'avenir du régime agricole	45
Conclusion	48

Présentation

Aux termes de l'article 47-1 dernier alinéa de la Constitution, le rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) est l'un des outils par lesquels la Cour des comptes " assiste le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale ". La loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a redéfini partiellement le contenu de ce rapport, à partir de 2007 :

- *en prévoyant un rapport, distinct du RALFSS et publié en juin, consacré à la certification des comptes du régime général pour le dernier exercice clos ;*
- *en demandant la production en septembre d'un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos, inclus quant à lui dans le RALFSS.*

La première partie de ce rapport présente donc l'avis rendu par la Cour qui, partant des comptes produits par les régimes, a cherché à apprécier leur cohérence avec les données des tableaux d'équilibre, présentés par branche. Puis, comme les années précédentes, la Cour étudie successivement les modalités permettant de financer les déficits des régimes et d'assurer le respect de l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Dans la seconde partie du présent rapport, la Cour rend compte conformément à la loi, des travaux relatifs à "l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements financés par l'assurance maladie⁽¹⁾" menés "en liaison avec les chambres régionales des comptes et intégrés dans un programme triennal". Deux enquêtes ont ainsi été effectuées en 2006 sur la fiabilité des comptes des hôpitaux et sur les achats de médicaments à l'hôpital.

Ensuite, le suivi de l'application des lois de financement demandé à la Cour des comptes par la loi organique repose comme les années précédentes sur des enquêtes thématiques consacrées à la gestion des risques. Elles portent notamment sur les pertes de cotisations du régime général consécutives à des exonérations et réductions d'assiette, font un premier bilan de la mise en oeuvre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, et examinent les aides publiques aux familles ou l'avenir du régime agricole. ■

1) Selon les dispositions de la loi de financement pour 2005, codifiées à l'article L 132.3.2 du code des juridictions financières.

Cour des comptes

1 Avis sur les tableaux d'équilibre

Tableau d'équilibre 2006 du régime général

	Réalisé 2006			Solde 2005	Prévisions initiales 2006 LFSS 2006	Prévisions révisées 2006 LFSS 2007
	Recettes	Dépenses	Solde			
Maladie	137,5	143,4	- 5,9	- 8,0	- 6,1	- 6,1
Vieillesse	83	84,9	-1,9	- 1,9	- 1,4	- 2,4
Famille	52,5	53,4	- 0,9	- 1,3	- 1,2	- 1,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,8	9,9	- 0,1	-0,4	-0,2	- 0,0
Total (après neutralisation des transferts entre branches)	277,8	286,6	- 8,7	- 11,6	- 8,9	- 9,7

Source : Direction de la sécurité sociale

Tableau d'équilibre 2006 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

	Réalisé 2006			Solde 2005	Prévisions initiales 2006 LFSS 2006	Prévisions révisées 2006 LFSS 2007
	Recettes	Dépenses	Solde			
Maladie	160,1	166,0	- 5,9	- 8,1	- 7,0	- 5,9
Vieillesse	162,2	163,2	- 1,0	- 1,6	- 1,8	- 1,6
Famille	52,9	53,7	- 0,8	- 1,2	- 1,1	- 1,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,2	11,3	- 0,1	- 0,4	- 0,1	- 0,0
Source : Total (après neutralisation des transferts entre branches)	381,4	389,2	- 7,8	- 11,6	- 10,1	- 8,8

Source : Direction de la sécurité sociale

Tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes de base de sécurité sociale

	Réalisé 2006			Solde 2005	Prévisions initiales 2006 LFSS 2006	Prévisions révisées 2006 LFSS 2007
	Recettes	Dépenses	Solde			
Fonds de solidarité vieillesse	13,5	14,7	- 1,3	- 2,0	- 1,5	- 1,2
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés	15	16,3	- 1,3	- 1,4	- 1,7	- 1,9

Source : Direction de la sécurité sociale

Les tableaux d'équilibre : un progrès dans l'information sur les comptes sociaux

Les tableaux d'équilibre, institués par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 2 août 2005, présentent par branche les résultats annuels des régimes de sécurité sociale (du régime général, mais aussi de l'ensemble des régimes obligatoires de base) et des organismes qui concourent à leur financement (fonds de solidarité vieillesse et fonds de financement des prestations sociales agricoles). Désormais les lois de financement approuvent chaque année ces tableaux pour l'année suivante, mais aussi pour l'année en cours (la prévision initiale étant rectifiée) et pour l'exercice clos (en arrêtant le montant des réalisations). L'information financière relative aux résultats de la sécurité sociale s'en trouve améliorée : elle permet d'apprécier, dans un même tableau, la situation de chaque branche par un rapprochement des charges, produits et soldes.

L'avis de la Cour

Selon la même loi organique, la Cour doit donner, à partir de l'exercice 2006, son avis sur la cohérence des tableaux relatifs à l'exercice clos.

Les investigations que la Cour a effectuées pour la première fois au titre de l'exercice 2006 ont rencontré des limites. Elles portent d'abord, en amont, sur la fiabilité encore insuffisante des comptes des régimes : du régime général, dont les comptes par branches ont été certifiés avec réserves par la Cour, sauf pour la branche famille dont les comptes n'ont pu être certifiés ; et des autres régimes, qui ne sont en général pas encore soumis à certification par un commissaire aux comptes. La ventilation par branches des comptes est en particulier insuffisamment fiabilisée.

Par ailleurs, les retraitements opérés par l'administration, dont la traçabilité est réduite, ne sont pas tous justifiés au regard des règles comptables généralement admises (par exemple, la contraction des dotations et reprises de provisions) ; s'ils n'altèrent pas les soldes des branches, ils conduisent néanmoins à diminuer le montant des charges et produits de l'année 2006 d'environ 11 Md€ pour le régime général et 15 Md€ pour l'ensemble des régimes. Malgré ces insuffisances, les tableaux d'équilibre sont établis selon des méthodes constantes dans le temps. Ceux de l'exercice 2006 sont donc bien comparables aux tableaux prévisionnels votés par le Parlement pour cette même année. Ils ne présentent pas d'anomalies majeures.

Cour des comptes

L'évolution des comptes 2006

Les produits et charges de l'ensemble des régimes (et encore plus pour le seul régime général) sont en hausse sensible en 2006, même après correction de l'incidence des modifications de présentation (notamment induites par la mise en place de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie -CNSA-).

Une forte progression des produits...

Les produits des régimes obligatoires de base progressent de 5,4 %. Dans le régime général, ce dynamisme résulte d'une hausse des taux des cotisations retraite (+0,2 %) et accidents du travail (+0,1%) et de la forte progression de l'assiette salariale (+4,3 %). Il trouve en outre sa source dans des recettes non reconductibles (pour environ 2 Md€), principalement liées à la taxation anticipée des plans d'épargne-logement de plus de dix ans.

Les impôts et taxes affectés à l'ensemble des régimes atteignent 100 Md€ en 2006. Ils sont en forte augmentation pour compenser les allègements généraux de cotisations auparavant pris en charge par des subventions du budget de l'Etat.

Pour le régime général, le dynamisme global des recettes (+5,7 %) profite essentiellement aux branches accidents du travail-maladie professionnelle et retraite.

qui ne parvient pas à compenser la hausse des charges

Les charges progressent elles aussi sensiblement, pour l'ensemble des régimes en 2006 (+6,9 %) et de manière encore plus marquée pour le régime général (+7,8 %).

Hors effets liés au financement de la CNSA, les charges de la branche maladie ont progressé à un rythme similaire à celui constaté en 2005 pour l'ensemble des régimes(+4,5 %). Les autres branches connaissent elles aussi des progressions assez voisines.

Au total, bien qu'en réduction par rapport à 2005, les déficits restent élevés (voir graphique p. 11). L'ensemble des branches demeurent déficitaires, même si la situation apparaît légèrement moins dégradée qu'en 2005 pour les branches maladie, AT-MP et famille. La branche retraite quant à elle ne parvient pas à réduire son déficit en 2006.

Les fonds de financement restent déficitaires

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui finance des avantages à caractère non contributif notamment la prise en charge des cotisations retraite pour les chômeurs ou le minimum vieillesse servi par une partie des régimes de retraite, connaît, malgré une amélioration en 2006, un déficit structurel (1,3 Md€ en 2006 contre 2 Md€ en 2005). De même, le fonds de

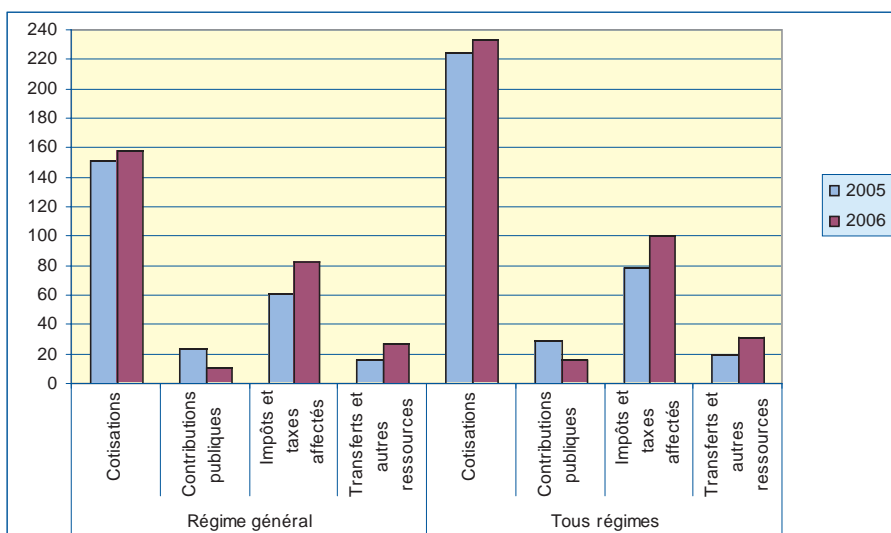
L'évolution des comptes 2006

financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), qui assure le financement de la majeure partie des prestations servies aux exploitants, reste fortement déficitaire (1,3 Md€ en 2006).

En consolidant les résultats de ces fonds avec ceux des régimes, les besoins de financement des régimes de sécurité sociale s'élèvent à 10,3 Md€ en 2006, contre 14,4 Md€ en 2005.

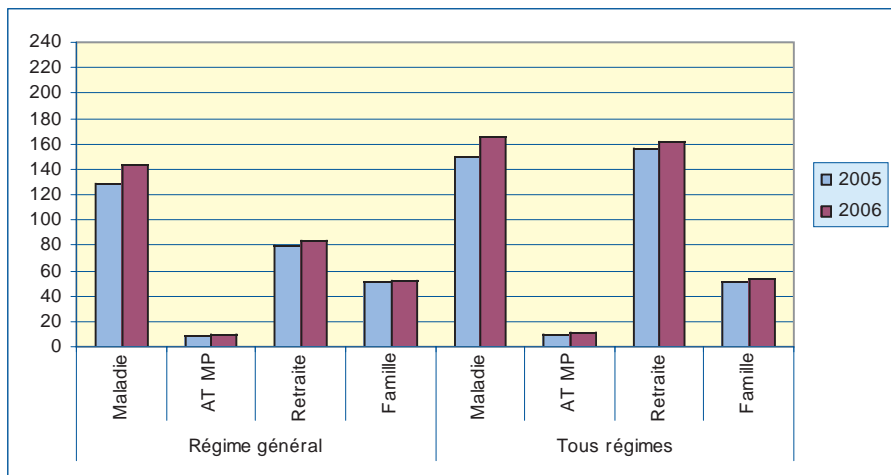
Evolution des produits 2005-2006 du régime général et des régimes obligatoire de base

(en Md€)



Evolution des charges 2005-2006 du régime général et des régimes obligatoires de base

(en Md€)



2 Les résultats et le financement des régimes sociaux

L'importance des déficits cumulés des régimes sociaux et des dettes de l'Etat...

A fin 2006, les déficits cumulés des régimes sociaux et des fonds de financement depuis 2004 représentent un montant global de 15,4 Md€. Ce montant aurait été plus élevé sans la reprise par la CADES du déficit de la branche maladie pour 2006, à hauteur de 5,7 Md€.

A fin 2006, cette reprise a porté le passif total repris par la CADES depuis 1996 à 107,7 Md€. De nouvelles prises en charge de passifs supposeraient, aux termes de l'article 20 de la loi organique du 2 août 2005, une augmentation de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) affectée à la CADES.

Le besoin de financement des régimes de sécurité sociale intègre en outre l'augmentation des dettes de l'Etat.

L'Etat a reconnu ses dettes (en les inscrivant en passif de son bilan pour un montant de 9,1 Md€ à fin 2006) ; il convient qu'il les apure rapidement ou qu'il définit un échéancier à cet effet, en particulier pour ses dettes anciennes (1,4 Md€).

... rend inadaptés et coûteux les modes de couverture actuels

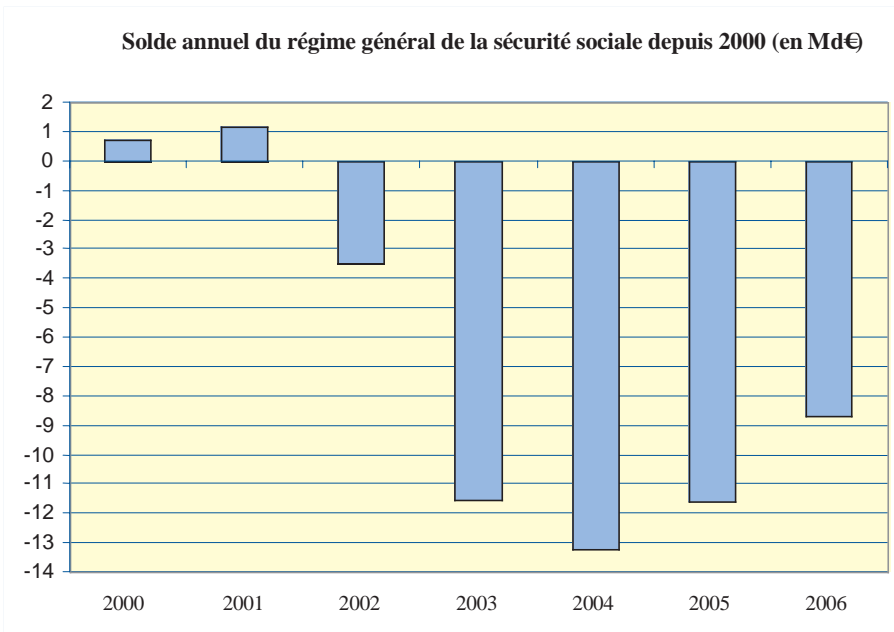
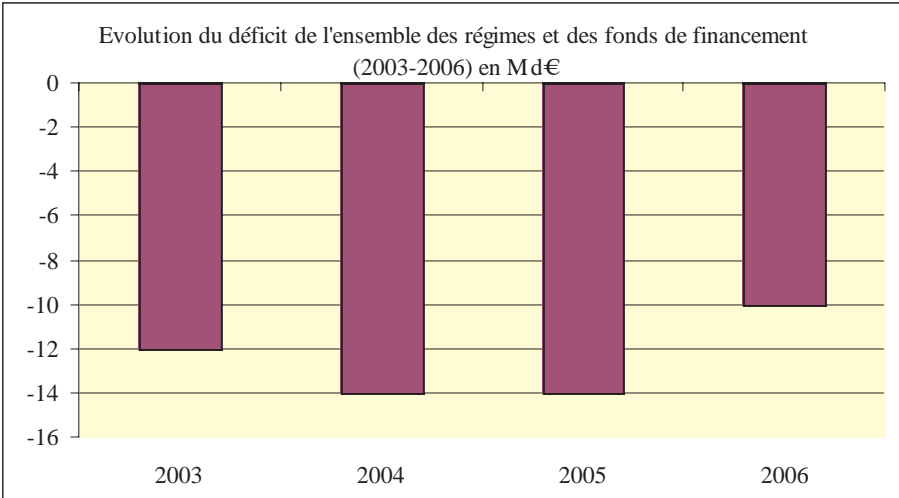
Les plafonds de recours à des découverts autorisés en LFSS ont progressé de manière sensible en 2006, en particulier pour le régime général (le plafond des avances a été porté de 13 Md€ à 18,5 Md€) et pour le FFIPSA (pour lequel le plafond a été relevé de 6,2 Md€ à 7,1 Md€).

Ce mode de couverture par des ressources de trésorerie, adapté à des besoins de financement infra-annuels, ne l'est nullement pour répondre au caractère structurel des découverts.

Une aggravation prévisible de la situation à moyen terme

Les prévisions triennales associées à la LFSS, pour 2006, puis pour 2007, retiennent des hypothèses de redressement progressif de la situation financière des régimes. Les déficits se maintiendraient toutefois à un niveau élevé. Le scénario économique dit "bas" conduirait à un déficit cumulé d'environ 40 Md€ à fin 2009. Mais les prévisions les plus récentes montrent une dégradation sensible de la situation en 2007, qui est de nature à invalider ce scénario.

Les résultats et le financement des régimes sociaux



3 L'ONDAM

Les principaux chiffres

En 2006, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été fixé à 140,7 Md€, ce qui représentait un taux de progression de 2,5 % par rapport aux dépenses estimées pour 2005, soit +0,9 % pour les soins de ville et +3,5 % pour les établissements de santé.

Ce montant a été dépassé de 1,2 Md€, du fait principalement des soins de ville, l'objectif des dépenses hospitalières étant en revanche respecté. Ces évolutions constituent une décélération notable du rythme des dépenses par rapport aux années précédentes : l'ONDAM réalisé a, en définitive, progressé de 3,1 % en 2006, rythme inférieur à la croissance du produit intérieur brut en valeur.

Cependant le décalage entre le constat des réalisations et les hypothèses qui sous-tendent le vote parlementaire met en évidence le caractère souvent factice des prévisions. Ainsi, les hypothèses qui ont été retenues pour construire l'ONDAM des soins de ville étaient irréalistes.

La nouvelle structure de l'ONDAM issue de la loi organique du 2 août 2005

En 2006, conformément à la loi organique du 2 août 2005, l'ONDAM se décompose en six sous-objectifs votés par le Parlement, dont les principaux portent sur les soins de ville et les dépenses en établissement (avec et sans tarification à l'activité).

Cette nouvelle structure de l'ONDAM constitue un progrès mais elle laisse subsister des lacunes méthodologiques, déjà relevées par la Cour en 2006 qui n'ont pas été corrigées. Un montant d'environ 10 Md€ relatif à l'activité des établissements de santé (prescriptions hospitalières en ville et honoraires des médecins exerçant en cliniques privées) est toujours inclus dans les dépenses des soins de ville ; par ailleurs, 750 M€ de dépenses hospitalières restent exclues de tout mécanisme de régulation, dont un tiers n'est ni isolé ni suivi dans les comptes des caisses.

En revanche, le périmètre de l'ONDAM 2006 a inclus à bon escient les dépenses d'assurance maladie destinées à financer le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

Les soins de ville

Le sous-objectif des soins de ville, n'a pas été tenu : (+2,4 % réalisé au lieu de 0,9 %). Ce dépassement s'explique par trois phénomènes principaux :

- les dépenses de 2005 ont été plus élevées que prévu : pour respecter le sous-objectif voté, le rythme de croissance requis aurait dû être de 0,5 % et non 0,9 % ;

- la baisse des dépenses de médicaments sur laquelle reposait principalement le taux volontariste de 0,9 % ne s'est pas suffisamment concrétisée malgré les remboursements et la progression des génériques ;

- un certain nombre de postes qui avaient connu une décélération au cours de la période précédente (en particulier, les indemnités journalières) sont repartis à la hausse à compter du second semestre 2006.

Le suivi des dépenses hospitalières

L'objectif des dépenses hospitalières, fondé sur un taux de progression de 3,5 %, a été globalement respecté.

En réalité, si l'on tient compte du dépassement constaté en 2005, qui pour une part n'avait pas été intégré dans la base de dépenses, l'objectif de croissance visé et finalement atteint était de 3,2 %.

Ce résultat est d'autant plus significatif que ce taux de progression est inférieur de 1 point à celui constaté en 2005, année au cours de laquelle a été

introduite la nouvelle tarification à l'activité (T2A), réputée inflationniste.

Certes, la Cour a constaté que la présentation faite aux parlementaires de l'objectif hospitalier avait eu tendance à survaloriser les efforts attendus de ce secteur : en effet, le taux de progression de +3,5 % a été présenté comme exigeant un effort de maîtrise par rapport à une croissance "tendancielle" surestimée à +5,6 % comparée à la croissance tendancielle retenue pour les exercices 2005 et 2007 (autour de 4 %).

Ce scénario impliquait un montant d'économies important (1,3 Md€), mais dont les trois quarts apparaissaient incertains puisqu'attendus d'une optimisation de la gestion des établissements.

Le bilan globalement satisfaisant de 2006 doit cependant être nuancé : les dépenses des établissements anciennement sous dotation globale sont inférieures à l'objectif, alors que celles du secteur privé l'ont dépassé. Ce résultat traduit un différentiel de croissance significatif entre les deux secteurs : ainsi, sur la période 2005-2006, les dépenses du secteur public ont progressé en moyenne annuelle de 3,6 %, celles des établissements privés de + 4,9 %. La T2A a eu tendance à accroître le dynamisme des dépenses du secteur privé, déjà observé par la Cour sur les quatre exercices précédents.

Recommandations de la première partie

En complément des analyses et de la présentation des données essentielles, diverses propositions accompagnent les développements de la première partie.

Sur les tableaux d'équilibre :

→1. Donner les moyens à la mission comptable permanente d'assurer sa mission de contrôle des comptes des régimes et organismes de sécurité sociale (recommandation réitérée) ;

→2. Prévoir les modalités de transmission des tableaux d'équilibre tels qu'ils figureront dans la LFSS, au plus tard le 30 juin.

→3. Apporter les ressources nécessaires au rééquilibrage du régime des exploitants agricoles et supprimer le FFIPSA (recommandation réitérée) ;

→4. Consolider le FSV avec la branche retraite.

Sur la couverture des besoins de financement :

→5. Apurer les dettes anciennes de l'Etat vis-à-vis des régimes sociaux ;

→6. Publier annuellement en annexe de la loi de finances la

fourchette des durées d'amortissement de la dette de la CADES, qui constitue la base de calcul en cas de mise en oeuvre de l'article 20 de la loi organique.

Sur l'ONDAM :

→7. Remédier aux incohérences qui affectent la lisibilité de l'ONDAM (terminologie, articulation entre sous-objectifs et objectifs) ;

→8. Mieux expliciter dans les annexes du PLFSS les hypothèses qui fondent les prévisions de croissance de l'ONDAM et s'assurer de la faisabilité des économies prévues ;

→9. Mettre le plan de comptes des caisses et les retraitements des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) en adéquation avec la nomenclature détaillée de l'ONDAM, afin de mieux suivre l'évolution des dépenses des cliniques privées.

4 La fiabilité des comptes des hôpitaux

Avec 59 Md€ de charges et de produits par an, la fiabilité des comptes des établissements publics de santé constitue un enjeu financier majeur. La Cour et 19 chambres régionales des comptes ont vérifié, par un contrôle sur 69 hôpitaux, représentant un tiers des charges hospitalières en 2005, si les principes de régularité, de sincérité et d'image fidèle qui s'imposent à la comptabilité des établissements sont respectés.

La régularité comptable contrariée par la contrainte budgétaire

Dans un contexte de tensions budgétaires persistantes, il n'est pas rare que l'obligation de présenter des comptes à l'équilibre ait conduit les hôpitaux à reléguer au second plan la sincérité et l'image fidèle des comptes. Ainsi, les pratiques d'occultation des déficits ou des excédents, qui se sont multipliées, ont souvent privé de sens les résultats comptables affichés. La mise en place en 2006 de l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) devrait assurer une plus grande sincérité des comptes au moins pour les dotations devenues évaluatives.

Des déficits masqués

Les pratiques les plus fréquemment utilisées sont les reports de charges sur l'exercice suivant, par une utilisation laxiste du compte de charges à payer relatives à un exercice antérieur. Cela a été observé sur la moitié des hôpitaux examinés et a conduit à un report de 685 M€ entre 2004 et 2005 en hausse de 43 % par rapport à l'année précédente. On constate aussi des reports dits "sauvages", non enregistrés.

Certaines dettes ne sont pas constatées. Il en va fréquemment ainsi de la taxe sur les salaires, qui concerne plus du quart des établissements (86 M€ de report estimé entre 2005 et 2006) ou de l'apurement des créances reconnues irrécouvrables, qui ne sont ni provisionnées ni passées en perte. Ces créances représentaient 205 M€ à fin 2005.

Enfin l'absence ou l'insuffisance des dotations aux amortissements et aux provisions, bien que contraire au principe comptable de prudence, est une pratique répandue, notamment pour les provisions liées au compte épargne temps (CET).

Des excédents occultés

Ces phénomènes sont plus rares que les précédents, même s'ils ne sont pas exceptionnels. Ils consistent à :

- sous-évaluer les produits de l'exercice afin d'en reporter une partie sur les exercices suivants, en passant les excédents en provision, non pour couvrir un risque mais pour financer des investissements futurs. Le montant de ces réserves budgétaires s'élevait fin 2005 à 1,6 Md€ ;

- tarder à apurer les recettes classées en compte d'attente qui s'établissaient fin 2005 à 834 M€ ;

- malgré l'interdiction, transférer des charges entre le budget principal de l'hôpital finançant l'activité de soins et ses budgets annexes dédiés aux activités médico-sociales. Cette charge induite, évaluée à 670 M€ en 2006, conduit à minorer les résultats du budget principal.

Des actifs et des passifs méconnus

La connaissance imparfaite des immobilisations

L'inventaire physique des immobilisations inscrites au bilan de l'établissement n'est pas toujours dressé par le directeur de l'établissement et le comptable public ne tient pas systématiquement l'état de l'actif.

Au-delà de ces pratiques, les règles comptables applicables au patrimoine des établissements sont insuffisantes. Les biens sont comptabilisés à leur coût historique amorti et ne font pas l'objet d'une réévaluation annuelle, à la différence des immeubles détenus par l'Etat.

Des progrès sont requis et l'importance des investissements prévus dans le cadre du plan hôpital 2007 rend nécessaires une fiabilisation et une actualisation des éléments patrimoniaux des établissements.

L'imprécision et l'incertitude des dettes et créances à l'égard de la sécurité sociale

Les changements successifs de mode de financement des établissements ont créé des créances ou des dettes à l'égard de la sécurité sociale dont la régularisation est complexe :

- le passage en 1983 d'une tarification au prix de journée à un financement par dotation globale a fait naître une créance sur la sécurité sociale qui a tardé à être constatée par cette dernière et a fait l'objet d'une évaluation parfois approximative. D'un montant d'environ 2,9 Md€, elle n'a toujours pas été apurée ;

- le passage de la dotation globale à la tarification à l'activité s'est accompagné du versement d'acomptes aux établissements par les caisses primaires d'assurance maladie, créances remboursables dans un délai incertain (pour 2,46 Md€ à fin 2005).

Des outils de comptabilité analytique insuffisants

Alors même que la réforme de la tarification des soins hospitaliers suppose une connaissance fine, par services et activités, des coûts internes, les outils d'analyse ou de ventilation de

ces coûts (par comparaison aux autres établissements) restent le plus souvent embryonnaires ou insuffisamment fiables.

Recommandations

→ 10. Evaluer dès 2008 les effets de la réforme budgétaire de 2006 (créant l'EPRD) sur les pratiques comptables et la sincérité des comptes hospitaliers.

→ 11. Etablir des référentiels nationaux représentatifs pour les coûts des différentes activités de l'hôpital afin d'inciter les EPS à développer leurs comptabilités analytiques.

5 Les contrôles des COREC

Aspects généraux

Jusqu'à fin 2007, les audits des comptes et de la gestion des organismes de sécurité sociale continueront à être en large part assurés par les comités régionaux d'examen des comptes (COREC). En 2006, les COREC ont ainsi effectué près de 140 contrôles. La part d'avis rendus avec des recommandations (34 %) et plus rarement avec des réserves (10 %) traduit l'insuffisance des progrès dans les organismes, notamment pour le contrôle interne.

La gestion de la sécurité sociale outre-mer

Deux contrôles en 2006 sur les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) de Guadeloupe et de Guyane ont confirmé leurs difficultés de gestion.

Leurs comptes révèlent un suivi très lacunaire des indus. La qualité et la rapidité de la liquidation des prestations ne sont pas satisfaisantes. L'activité de recouvrement manque de rigueur, notamment dans les contrôles d'assiette.

Si ces CGSS s'efforcent de progresser, en lien avec les caisses nationales compétentes, pour les aspects relatifs à chacune des branches, elles manquent d'appui méthodologique pour les fonctions transversales qui devraient s'inscrire dans une approche interbranches.

Le nouveau suivi des organismes en difficulté

La disparition des COREC, prévue à compter de 2008, a conduit à réorganiser les modalités du contrôle externe de la Cour et des administrations de tutelle sur les organismes de sécurité sociale. Une approche plus ciblée a été retenue, reposant sur des indicateurs d'alerte et de signalement des caisses. Mise en œuvre de manière anticipée en 2007, cette démarche a permis d'évaluer le suivi des organismes de base par les caisses nationales et la capacité de ces organismes à surmonter leurs difficultés.

Un suivi insuffisant par les caisses nationales

Seule la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) a élaboré un dispositif spécifique de détection des organismes en difficulté.

Les interventions des diverses caisses nationales sont par ailleurs limitées, notamment parce qu'elles demeurent réticentes à imposer des choix d'organisation interne aux caisses de base (en particulier dans le régime agricole). Lorsque des choix de principe ont été faits, elles peinent à en assurer la mise en œuvre.

Des mesures correctives inégales des caisses locales

Dans les caisses en signalement, les efforts de redressement apparaissent très variables. Au sein de la branche retraite, les actions correctives restent ponctuelles et limitées. La branche famille a enregistré de meilleures performances mais peine encore à obtenir des améliorations en dehors de son cœur de métier. Dans la branche maladie, les contrôles mettent en évidence que les efforts de réorganisation et de productivité, très sensibles

pour la liquidation des prestations, sont souvent plus lents et partiels pour les fonctions administratives. Enfin les COREC ont relevé les difficultés rencontrées pour l'ensemble des branches par les organismes de base de la région parisienne, dont les performances sont souvent inférieures à la moyenne nationale et les coûts de gestion plus élevés.

Recommandations

→ 12. Elaborer des plans d'actions correctives pour les organismes de sécurité sociale ayant des performances jugées insuffisantes.

→ 13. Pour les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) établir un contrat pluriannuel de progrès pour les fonctions transversales et maintenir un contrôle périodique par les services déconcentrés de l'Etat.

6 L'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général

Le financement du régime général est assuré par des prélèvements sociaux qui prennent la forme de cotisations sociales et de différentes impositions (CSG, CRDS...). De multiples dispositifs amoindrissent le produit de ces prélèvements et ne font pas tous l'objet d'une compensation par l'Etat.

L'information du Parlement restant limitée en la matière, la Cour en a évalué l'enjeu sur les recettes de 2005 en fournissant au Parlement un ordre de grandeur des ressources potentielles non attribuées aux caisses de sécurité sociale.

Pour ce faire, elle a retenu une norme de prélèvement, celle à laquelle sont soumis principalement les revenus d'activité, c'est-à-dire des cotisations au taux de 37,88 % et des contributions au taux de 11 %. Les changements de comportement qu'induirait la suppression ou la diminution de certains dispositifs ne sont cependant pas pris en compte dans ces estimations qui correspondent donc à un niveau maximal. Pour les différents dispositifs prévus pour les entreprises, la Cour a évalué la perte de recettes pour le régime général sous l'hypothèse que la taxation conduirait les entreprises à réduire les avantages distribués du montant de cette taxation. De même, on a supposé que la taxation des prestations sociales et des allocations sous condition de ressources serait compensée afin d'en maintenir le niveau pour leurs bénéficiaires.

Quatre types de revenus sont distingués : les revenus d'activité du secteur privé, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine et les revenus d'activité versés par les employeurs publics.

Les principales pertes de recettes concernent les prélèvements sociaux sur les revenus d'activité

Les mesures pour l'emploi

Les dispositifs d'aide à l'emploi pour les personnes éprouvant des difficultés spécifiques (personnes jeunes, âgées ou peu qualifiées) s'élèvent à 22 Md€ et font l'objet d'une compensation quasi-intégrale. Seuls 2,2 Md€ n'ont pas été compensés en 2005. La Cour avait souligné dans un précédent rapport⁽²⁾ leur efficacité inégale et leur coût élevé pour le budget de l'Etat.

²⁾ Communication de la Cour au Sénat relative aux exonérations de charges sociales en faveur des peu qualifiés, juillet 2006.

L'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général

Les dispositifs d'association des salariés aux résultats de l'entreprise (participation, intéressement,, stock-options...)

L'ensemble de ces dispositifs représente une perte de recettes conséquente pour le régime général (entre 6 et 8,3Md€) alors que leur distribution aux salariés est inégalitaire, leur effet antiredistributif et qu'ils génèrent de fortes distorsions selon la taille des entreprises.

A lui seul, le dispositif d'exonération de cotisations sociales des stock-options représente une perte de recettes élevée (estimée à 3 Md€ en 2005), alors que ces options ne sont distribuées qu'à une minorité de bénéficiaires et que les montants unitaires de l'exonération ne sont pas plafonnés. Pour les premiers bénéficiaires des cinquante plus grosses capitalisations boursières, le montant moyen perçu est proche de 10 M€ .

La protection sociale en entreprise

Les exonérations bénéficiant aux opérations de retraite et de prévoyance constituent une source de pertes estimées pour le régime général entre 3,6 et 5,1 Md€.

Les salaires affectés

La prise en charge de certaines dépenses (repas, frais de transport domicile-travail, chèques vacances) et les avantages octroyés par les comités d'entreprise sont partiellement exonérés de cotisations sociales, ce qui représente une perte de recettes estimée à 2,5 Md€ en 2005.

Les indemnités de départ

Lorsque le départ du salarié de l'entreprise est involontaire (licenciement ou mise à la retraite), les indemnités versées par l'employeur sont très largement exonérées. Cela engendre des pertes de recettes très significatives (entre 3,2 et 3,9 Md€), alors que cette exonération ne devrait s'appliquer qu'à la seule partie morale du préjudice.

Les avantages octroyés à certaines professions

Afin de tenir compte de la spécificité de certaines activités, comme par exemple de la pluralité d'employeurs, certaines professions (notamment les journalistes, les mannequins, les VRP et les professions médicales) bénéficient de mécanismes de minoration de l'assiette ou de cotisations par rapport au droit commun. Or, les déductions forfaitaires de charges qui leur sont appliquées excèdent la seule prise en compte de leurs particularités et induisent des inégalités de traitement et des pertes de recettes non négligeables (évaluées à 0,9 Md€).

Les prestations sociales

Les indemnités de chômage, de maladie, de préretraite et les pensions de retraites sont soumises à CSG, mais à des taux inférieurs à ceux appliqués aux revenus d'activité. Les allocations logement, les prestations familiales et le RMI sont totalement exonérés.

L'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général

Les revenus du patrimoine

Ces revenus, qui supportent en principe un taux de prélèvements sociaux de 11 %, génèrent des pertes de recettes estimées à 1,1 Md€ en 2005. Ainsi les intérêts des livrets A, jeune, d'épargne populaire et de développement durable (ex CODEVI) sont exonérés d'impôt et de cotisations sociales et l'assiette des revenus fonciers est réduite par des déductions au titre des dépenses de grosses réparations et d'amélioration ou pour favoriser l'investissement locatif (dispositifs dits Besson, Périssol, Lienemann et Robien).

Les cotisations des employeurs publics

La charge supportée par le secteur public au titre des cotisations sociales est inférieure à celle du secteur privé alors que les droits à prestations sont identiques :

- pour le risque maladie, le taux de cotisations sociales, à prestations identiques, est inférieur de 1,35 % à celui du secteur privé tandis que le taux des cotisations familiales est désormais aligné sur celui du secteur privé ;

- l'assiette des cotisations est limitée car elle exclut le supplément familial de traitement, l'indemnité de résidence et les primes, ces dernières représentant à elles seules environ 20 % des rémunérations soumises à cotisations.

L'enjeu financier pour le régime général

Compte tenu de la nature disparate de ces dispositifs et de l'incidence hétérogène des exonérations (qui peut orienter et modifier les comportements, avec des effets importants sur l'activité, ou au contraire générer des effets d'aubaine), il n'a pas paru possible de faire la somme de ces pertes de recettes.

Les distorsions générées par ces dispositifs selon la taille des entreprises justifieraient cependant la mise à l'étude d'une réforme de la part patronale des cotisations sociales, recherchant une assiette plus large qui permettrait de réduire à due concurrence le taux appliqué ou d'augmenter les recettes. Cette contribution offrirait l'avantage de la neutralité au regard des différentes formes de rémunération et de la taille de l'entreprise.

A défaut, la Cour demande de supprimer ou de plafonner les pertes de recettes correspondant aux exonérations des stocks options et des indemnités de départ en retraite ou de licenciement.

L'assiette des prélèvements sociaux finançant le régime général

Enjeu pour les ressources du régime général

Dispositif	Enjeu pour le régime général
Mesures emploi (non compensées)	2,1 Md€
Dispositif d'entreprise :	19,8 / 15,3 Md€
Association des salariés au résultat	8,3 / 6,0 Md€
Protection sociale en entreprise	5,1 / 3,6 Md€
Indemnités de départ	3,9 / 3,2 Md€
Salaires affectés	2,5 Md€
Populations spécifiques	0,9 Md€
Revenus de remplacement et de complément	8,4 Md€
Revenus de capitaux mobiliers et fonciers	0,8 Md€
Cotisations des employeurs publics	4,6 Md€

Source : Cour des comptes

Montant estimé de certaines exonérations par bénéficiaires

(en €)

Mesures	Montant estimé par bénéficiaires
Stock-options	30 000
Indemnités de mise en retraite	6 000
Indemnités de licenciement	4 000
Prévoyance collective en entreprise	200

Source : Cour des comptes

Recommandations

→ 14. Compléter l'annexe 5 du PLFSS par une évaluation périodique de l'efficacité des différents dispositifs d'exonération des cotisations et contributions sociales au regard des objectifs assignés.

→ 15. Réexaminer ou plafonner les exonérations de cotisations sociales appliquées à la plus-value d'acquisition des stock-options, aux déductions

forfaitaires spécifiques dont bénéficient certaines professions et aux avantages de départ en retraite et de licenciement.

→ 16. Aligner les taux et les assiettes des cotisations patronales famille et maladie du secteur public sur ceux du secteur marchand.

7 La nouvelle gouvernance nationale de l'assurance maladie

La loi du 13 août 2004 a redéfini les pouvoirs de décision, de régulation et de gestion de l'assurance maladie obligatoire. La Cour a procédé à une première analyse de cette nouvelle gouvernance, qui constitue un aspect important de la réforme de l'assurance maladie.

Un transfert des pouvoirs de l'Etat

Un désengagement affiché en matière de régulation des dépenses

La répartition des compétences de mise en œuvre de l'ONDAM voté par le Parlement a été modifiée par la loi du 13 août 2004 :

- l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) regroupe les trois principaux régimes d'assurance maladie (travailleurs salariés, agriculteurs, travailleurs indépendants) et permet ainsi leur coordination. Elle décide désormais de l'admission au remboursement des actes et prestations des professionnels de santé par leur inscription à la classification commune des actes médicaux. Elle détermine également la part des dépenses de santé laissée à la charge des assurés en fixant, dans des limites définies par l'Etat, le niveau du ticket modérateur, du forfait hospitalier et du nouveau forfait par acte

et par consultation (franchise de 1 € en 2006) ;

- le comité économique des produits de santé (CEPS) a vu ses compétences renforcées notamment pour fixer le prix de vente des médicaments en cas d'échec des négociations qu'il mène avec les laboratoires ;

- un comité indépendant est chargé de rendre un avis sur le respect de l'ONDAM et d'alerter, en cas de dépassement supérieur à 0,75 %, les caisses d'assurance maladie pour qu'elles proposent des mesures de redressement.

Une externalisation des fonctions d'expertise

La création en 2004 de la Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante, notamment chargée de la certification des établissements de santé et de l'évaluation des médicaments pour leur admission au remboursement, illustre la volonté croissante du ministère chargé de la santé de se retirer des décisions à fort contenu scientifique ou technique.

Une répartition des compétences qui reste confuse

Les rôles respectifs de l'UNCAM et des caisses nationales dans la maîtrise des dépenses ne sont pas assez bien définis par les textes.

Le champ excessif des négociations conventionnelles

Initialement centrées sur la fixation des tarifs, les conventions entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins ont vu leur champ s'étendre progressivement, et en dernier lieu par la loi du 13 août 2004, jusqu'à englober l'organisation des soins : relève désormais du champ des négociations conventionnelles la définition des modalités de coordination des soins, de l'autorisation des dépassements d'honoraires pour consultation hors du parcours de soins coordonné et de

l'organisation des dispositifs d'aide à l'installation.

Le champ excessif des conventions présente le risque de subordonner les réformes à des préoccupations d'optimisation des revenus.

Il explique aussi la difficulté des pouvoirs publics à respecter la délégation de compétences accordée à l'UNCAM.

Pour éviter cette confusion les questions touchant notamment aux droits des malades, à l'accès aux soins et à la permanence des soins devraient rester de la compétence principale de l'Etat.

Recommandations

→ 17. Transférer dans un document conventionnel entre l'Etat et l'UNCAM les dispositions relatives à l'organisation des soins intégrées pour l'instant dans la convention d'objectifs et de gestion de la CNAMTS.

→ 18. Recentrer les négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins sur leur objet initial de tarifs et de revenus.

8 Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins

Une régulation inefficace de la démographie médicale

Le pilotage de la démographie médicale n'a pas permis d'assurer une répartition adaptée de l'offre de soins sur le territoire. A la confusion des responsabilités entre deux directions du ministère chargé de la santé, s'est ajoutée la multiplication des organismes d'évaluation et de prospective.

Jusqu'à récemment, était conduite une politique de réduction du nombre de médecins, avec l'abaissement du *numerus clausus* et l'instauration en 1988 d'un dispositif de cessation anticipée d'activité dont le coût s'est révélé très élevé (1 136 M€ entre 1998 et 2006 dont 774 M€ pour l'assurance maladie, le solde étant financé par les médecins).

Cette orientation a été remise en cause au début des années 2000. En effet, le nombre de médecins en France, qui n'a jamais été aussi élevé, diminuera dans les vingt prochaines années sans que l'on puisse pour autant parler de "pénurie" (la densité médicale en 2025 devrait retrouver un niveau proche de celui de 1985). L'objectif est désormais d'augmenter le nombre de médecins en

formation, grâce à une nette hausse du *numerus clausus*.

Mais la France souffre moins d'un manque de médecins que de leur répartition inadaptée : sur le territoire (le Sud étant mieux doté que le Nord, les villes que la campagne, les centres villes que la périphérie) ; entre spécialités (la proportion de médecins généralistes par rapport aux spécialistes est insuffisante) ; entre secteurs puisque le secteur 2, à honoraires libres, dispose par exemple, dans certaines spécialités chirurgicales d'un monopole de fait sur une part importante du territoire, ce qui remet en cause le principe d'égal accès aux soins. C'est le cas en chirurgie urologique et orthopédique dans respectivement 27 et 16 départements.

Or les outils de régulation sont insuffisants, qu'il s'agisse du *numerus clausus* ou des épreuves classantes nationales, pour garantir une meilleure répartition entre généralistes et spécialistes. Par ailleurs, les incitations financières positives à l'installation en zone sous-médicalisée sont nombreuses, dispersées et coûteuses, mais aucune mesure dissuasive ne vient contrarier l'installation de médecins dans des zones surdotées. Le protocole d'accord signé le 22 juin 2007 avec les infirmières montre la voie à suivre pour les médecins en limitant le droit d'installation dans les zones à forte densité en infirmiers libéraux.

Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins

Enfin les transferts de compétences entre professionnels de santé, qui viennent d'être initiés au profit des infirmiers et des opticiens, doivent être poursuivis et étendus.

Une connaissance approximative des revenus des médecins

De grandes variations de revenu

Selon les données disponibles, rassemblées par la DREES, les recettes libérales des médecins, telles qu'elles

ressortent du dispositif statistique de la CNAMTS (à partir du système national inter-régimes -SNIR-) se sont élevées en 2004 à 18,1 Md€ dont 2Md€ de dépassement pour 114 160 médecins. La Cour estime que cette évaluation minore d'au moins un quart les recettes totales des médecins, en ne tenant pas compte des revenus de ceux qui ont une activité salariée, de divers honoraires non inclus dans le SNIR (1,1 Md€) et de la prise en charge partielle par les caisses des cotisations sociales des médecins de secteur 1 (1,15 Md€ par an).

Données 2004	en €
Honoraires moyens par médecin	159 800
Revenu libéral moyen*	80 600
- dont omnipraticiens	61 800
- dont spécialistes	103 000
° dont radiologues	197 800
° dont anesthésistes	156 600
° dont pédiatres	61 100
° dont psychiatres	58 500

Source : DREES

* net de charges professionnelles

Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins

Ces données ne permettent pas non plus de distinguer les revenus des médecins de secteur 1 de ceux de secteur 2. Les taux de charge ne peuvent en effet pas être distingués entre les médecins de ces deux secteurs et en outre ils sont calculés par rapport à une base qui exclut les médecins, de plus en plus nombreux (près de 12 000) qui se regroupent en sociétés d'exercice libéral (SEL). Le nombre de ces dernières a nettement progressé (1 247 en 2004 contre 532 en 2002) mais elles n'ont fait jusqu'à présent l'objet d'aucune analyse financière.

Un contrôle insuffisant des facteurs de progression des revenus

Le pouvoir d'achat des médecins s'est accru entre 2000 et 2004. Les revenus des généralistes (+1,8 % par an) ont été tirés par la hausse de leurs tarifs opposables, tandis que les spécialistes (+3,3 % par an) ont bénéficié de l'augmentation de leur volume d'activité, en particulier de leurs actes techniques.

L'écart de rémunération entre généralistes et spécialistes s'est accentué au cours de la période, en raison de la hausse des dépassements d'honoraires principalement facturés par les spécialistes notamment par ceux du secteur 2 (+11,6 % par an du montant des dépassements entre 2000 et 2004). Plus que le nombre d'actes facturés avec dépassement, c'est la progression du taux moyen de dépassement qui explique cette évolution (51 % en 2003

contre 23 % en 1985). La prise de conscience par la CNAMTS de la fréquence accrue d'abus a été tardive, tandis que les conseils départementaux et, en appel, le conseil national de l'ordre des médecins sanctionnent rarement ces pratiques, laissant un trop grande liberté aux médecins dans l'appréciation de la notion de "tact et de mesure" qui doit en principe guider la fixation de leurs honoraires.

La classification commune des actes médicaux (CCAM)

La nouvelle classification des actes réalisés par les médecins libéraux visait à mieux valoriser ces actes en fonction des contraintes et compétences qu'ils impliquent. Ainsi elle devait permettre de réduire la rémunération jugée excessive de certaines disciplines (radiologie) au bénéfice d'autres spécialités (chirurgie), sans surcoût pour l'assurance maladie.

Or les négociations conventionnelles ont conduit à s'écarter de cet équilibre. Un même acte est pris en charge différemment par l'assurance maladie en fonction de la spécialité du médecin qui l'accomplit (par exemple un radiologue sera mieux rémunéré qu'un pneumologue ou un rhumatologue, eux-mêmes mieux rémunérés qu'un médecin généraliste). En outre, la redistribution des honoraires entre spécialités, censée au départ être neutre financièrement

Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins

pour l'assurance maladie, a engendré un surcoût de 268 M€, puisque les disciplines perdantes n'ont pas vu leurs tarifs opposables baisser à la mesure de la hausse constatée pour les disciplines gagnantes.

Le médecin traitant et le parcours de soins coordonné

Un dispositif qui entérine l'existant

Le parcours de soins coordonné, qui n'entend pas remettre en cause les principes de la médecine libérale, est destiné à responsabiliser les assurés de plus de 16 ans, en les incitant à désigner un médecin traitant et, sous peine de sanctions financières, à le consulter en premier recours. Cette seconde obligation ne s'applique cependant pas à certains actes de quatre spécialités. Ce dispositif qui entérine l'existant (90 % des personnes avaient en 2002 un médecin de famille) est entré dans les mœurs rapidement : 80 % des assurés ont en effet désigné leur médecin traitant dès la première année d'application.

Des missions pour l'instant insuffisamment définies

Mais les nouvelles missions du médecin traitant sont définies de manière insuffisante : les actions de prévention apparaissent limitées et les modalités de prise en charge des

affections de longue durée inadaptées. Quant à la fonction d'aiguillage que remplit le médecin traitant vis-à-vis des spécialistes, elle est peu formalisée et maintient la faculté qu'ont les spécialistes de s'adresser successivement un patient, sans le faire repasser chez le médecin traitant. Par ailleurs le respect du parcours de soins risque de se révéler difficile à contrôler sur la base de la feuille de soins telle qu'elle se présente aujourd'hui.

Un maquis tarifaire

Seuls les principes du parcours de soins ont été définis par la loi, à charge pour les partenaires conventionnels de les mettre en œuvre. La tarification qui en a découlé s'avère très complexe dans la mesure où elle a répondu à d'autres préoccupations. La volonté de limiter le coût de la mise en place du médecin traitant a conduit à privilégier une rémunération forfaitaire annuelle pour la prise en charge des seuls patients en ALD. Les spécialistes de secteur 1 ont bénéficié pour leur part de plusieurs majorations tarifaires, destinées à réduire leur écart de rémunération avec les spécialistes de secteur 2.

Des sanctions financières illisibles

Le système de sanctions financières appliqué aux assurés qui ne se soumettent pas au dispositif est peu compréhensible par les patients : à la diminution du taux de remboursement des actes qui constitue une mesure simple et lisible, il ajoute en effet le

Les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins

paiement d'un dépassement, certes plafonné, aux spécialistes de secteur 1. Faute de lisibilité, ce nouveau dispositif tarifaire pourrait entraver la nécessaire responsabilisation des patients sur leurs dépenses de santé.

Un coût élevé pour l'assurance maladie et les ménages

La politique de régulation de l'activité des médecins libéraux a, depuis 2004, conduit à des transferts financiers importants au profit des médecins, sans

contreparties suffisantes en matière d'amélioration de la prise en charge et de maîtrise des dépenses.

L'application du parcours de soins coordonné représente un surplus de recettes pour les médecins estimé à 384 M€ en année pleine, dont près de la moitié a été financée par les ménages (hors remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires). En outre, on peut estimer à 371 M€ le surcoût lié aux mesures tarifaires intervenues par ailleurs.

Recommandations

→ 19. Réduire le nombre d'instances chargées des questions de démographie médicale.

→ 20. Mettre en place des mécanismes de pénalisation financière complétant les dispositifs incitatifs existants afin de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de préserver l'égal accès aux soins.

→ 21. Poursuivre les transferts de compétences entre professionnels de santé.

→ 22. Disposer le plus rapidement possible d'une connaissance fine des revenus des médecins libéraux entre le secteur 1 et le secteur 2.

→ 23. Mettre en place une analyse financière des sociétés d'exercice libéral.

→ 24. Faire respecter l'objectif de neutralité financière initialement arrêté pour la CCAM en programmant des baisses de tarif en particulier pour les radiologues.

→ 25. Réexaminer le dispositif des dépassements autorisés du secteur 1 qui engendre une grande part de la complexité de la tarification du parcours de soins coordonné.

→ 26. Conduire sans tarder une réflexion sur l'articulation du paiement à l'acte et du paiement au forfait des médecins généralistes.

9 La dépense de médicament

La Cour est revenue sur un thème déjà abordé en 2004 relatif à la consommation des médicaments en ville et a procédé, en liaison avec les chambres régionales des comptes, à un examen des achats de médicaments à l'hôpital.

Le médicament en ville

Les Français consomment davantage de médicaments que leurs voisins européens. L'automédication étant limitée dans notre pays, cette surconsommation résulte pour l'essentiel d'une surprescription médicale. Cette spécificité a des conséquences lourdes en termes de santé publique : 130 000 personnes sont hospitalisées chaque année en raison d'un accident lié à la prise de médicaments. Elle est également coûteuse, puisque les médicaments représentent un tiers des dépenses de soins de ville et en constituent le principal facteur de croissance. Les actions mises en œuvre dans le cadre de la maîtrise médicalisée afin de réduire les volumes prescrits de certains médicaments n'ont pas rencontré le succès escompté (17 M€ d'économies en 2005 pour 340 M€ attendus, 120 M€ en 2006 pour 197 M€ attendus).

Cette situation a notamment pour origine les conditions encore insatisfaisantes de l'évaluation des médicaments avant et après leur mise sur le marché, ainsi que les lacunes de l'information et de la formation des patients et de leurs médecins.

Des insuffisances dans l'évaluation des médicaments

Le manque de transparence des procédures d'évaluation

Pour assurer leurs missions d'évaluation, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et la Haute Autorité de santé (HAS) s'appuient largement sur des experts externes. Or la transparence des procédures d'évaluation et la gestion des conflits d'intérêt demeurent insuffisantes. Les déclarations d'intérêt des agents et des experts ne sont pas toujours actualisées ni systématiques. Les ordres du jour des commissions ne sont pas publiés ; les comptes-rendus des commissions et les rapports d'évaluation d'autorisation de mise sur le marché (AMM) ne le sont qu'avec retard.

Une évaluation inadaptée des médicaments avant leur commercialisation

Les décisions d'admission au remboursement des médicaments sont insuffisamment sélectives : elles conduisent à accorder le taux de remboursement le plus élevé à la quasi-totalité des médicaments ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché, alors que la majorité d'entre eux n'apporte aucune amélioration du service médical rendu.

Enfin, les nouveaux médicaments ne sont pas systématiquement comparés à ceux déjà sur le marché et leur efficacité n'est jamais rapportée à leur coût.

Un suivi limité après commercialisation

Le suivi des médicaments après leur commercialisation apparaît encore insuffisant. Les décisions de suspension ou de retrait d'une autorisation de mise sur le marché sont parfois tardives au regard des pratiques des pays voisins. Les études post-AMM, permettant l'évaluation des médicaments après leur commercialisation, conduites par des organismes publics (AFSSAPS, CNAMTS, INSERM) sont encore embryonnaires, tandis que celles pratiquées par les laboratoires pharmaceutiques sont rarement menées jusqu'à leur terme.

Les pouvoirs publics peinent également à dérembourser les médicaments qui ont été reconnus comme rendant un service médical insuffisant.

Une information et une formation lacunaires des médecins et des patients

Une information des patients encore balbutiante

L'information sur le médicament à destination du grand public souffre d'un trop grand éparpillement et de sa dépendance à l'égard des entreprises pharmaceutiques.

Des pouvoirs publics peu impliqués dans la formation et l'information des médecins

La formation médicale initiale et continue présente de graves insuffisances en matière de pharmacologie. Le temps d'apprentissage consacré aux médicaments dans les études de médecine est le plus court d'Europe. Les récentes obligations législatives en matière de formation continue et d'évaluation imposées aux médecins en activité ne suffisent pas à garantir l'indépendance de la formation, financée essentiellement, en l'absence de financement public adapté, par des entreprises pharmaceutiques.

La loi prévoit de mieux encadrer la visite médicale, principal outil de promotion de l'industrie pharmaceutique. Cependant la charte signée avec les entreprises pharmaceutiques n'impose pas de procédures de vérification suffisamment rigoureuses du suivi de

leurs engagements. Le développement des délégués de l'assurance maladie chargés de présenter aux médecins les priorités de la maîtrise médicalisée, s'il constitue un réel progrès, peine encore à contrebalancer l'importance des visites médicales.

L'information publique

Enfin l'information publique à disposition des médecins demeure insuffisante : il n'existe toujours pas de base publique et d'accès gratuit sur le médicament qui seule offrirait les garanties d'exhaustivité, de fiabilité et d'indépendance. La Cour estime que seule la base publique Thériaque serait à même de répondre à ces objectifs.

Le médicament à l'hôpital

Des prix d'achat croissants et contrastés

La dépense d'achat de médicaments des hôpitaux, multipliée par trois de 1994 à 2004, dépasse depuis 2003 les 4 Md€ par an. Cette évolution, qui contraint fortement les budgets hospitaliers, s'explique surtout par la progression de la consommation de nouvelles molécules, particulièrement onéreuses.

Les écarts de prix entre établissements

Les écarts de prix entre établissements publics sont substantiels : couramment de un à trois, parfois jusqu'à dix, ce qui est révélateur de modalités de négociation insatisfaisantes.

Ces écarts dépendent souvent de la date choisie pour réaliser l'achat, les prix obtenus dépendant fortement de la période où les négociations interviennent (influence des mises sur le marché de produits nouveaux ou de génériques par exemple).

On ne peut pas dire, au vu de l'enquête, que certains établissements publics obtiennent systématiquement des prix plus avantageux que les autres, ni que les prix obtenus par le secteur privé soient globalement plus faibles que ceux des hôpitaux publics, même si les comportements d'achat y paraissent souvent plus professionnels.

Des marges de négociation variables selon les médicaments.

Les médicaments à prix libres, qui représentent les plus gros volumes d'achat, ont vu leur prix moyen baisser entre 2004 et 2006, grâce à la concurrence des génériques. Cependant, l'achat par les hôpitaux de ces génériques n'est pas encore systématique, faute de procédures adaptées.

La liste en sus

Les médicaments récents et onéreux, traitant des maladies graves sont inscrits sur la liste en sus par le ministre de la santé. A ce titre, ils sont financés hors du cadre de la tarification à l'activité et remboursés intégralement à l'hôpital par l'assurance maladie.

Ces médicaments représentent désormais la moitié des dépenses de médicaments des hôpitaux. Le comité économique des produits de santé fixe une limite de remboursement qui n'en détermine pas le prix, mais qui a pour conséquence d'annihiler le plus souvent toute marge de négociation à la baisse sur les prix.

Déresponsabilisés, les établissements peuvent privilégier la prescription de ces médicaments, plutôt que celle de médicaments équivalents moins coûteux mais qui pèsent directement sur leurs budgets.

Pour maîtriser les dépenses, il conviendrait d'introduire un mécanisme permettant de diminuer les prix en cas de forte croissance des volumes d'achat, de réduire le nombre de médicaments figurant sur la liste au strict nécessaire et d'étudier la forfaitisation a priori du remboursement de ces dépenses.

Les limites de la politique et des pratiques de l'achat hospitalier

Trois grands principes structurent la politique d'achat de médicaments à l'hôpital. Leur mise en œuvre s'avère délicate et leurs résultats inégaux.

La décentralisation de l'achat

Après des hésitations, le ministère de la santé a privilégié une responsabilisation des hôpitaux dans l'achat de leurs médicaments, en cohérence avec l'esprit général de la réforme hospitalière. Mais les outils donnés aux hôpitaux apparaissent insuffisants pour obtenir des gains à court et moyen termes.

La spécialisation de la fonction achat

La professionnalisation des établissements constitue un deuxième levier potentiel d'amélioration de l'achat de médicaments. Mais la gestion des procédures d'achat par les hôpitaux publics n'est pas assez réactive, malgré les marges de négociation offertes par le nouveau code des marchés publics. Les coûts de gestion de l'achat sont largement méconnus dans le secteur public. L'amélioration de l'achat passe également par un meilleur contrôle de la qualité de la prescription, sur la base des nouveaux contrats de bonne pratique, et par une meilleure cohésion entre les pratiques d'achat et celles de prescription.

Massification et déprolifération

La recherche d'une plus grande marge de négociation repose sur une mise en concurrence plus poussée des laboratoires, obtenue grâce à l'accroissement du volume d'achat (massification) et au déréférencement de certains médicaments au profit de médicaments équivalents plus avantageux financièrement (déprolifération).

Cela suppose que les hôpitaux disposent d'une information nationale fiable sur les équivalents thérapeutiques et sur le calendrier prévisionnel de mises sur le marché. En outre, cette stratégie

sera plus efficace si les établissements se groupent, non seulement pour massifier leurs achats mais surtout pour pratiquer des référencements communs.

Les cliniques privées disposent aujourd'hui, avec les centrales d'achats, d'un instrument qui leur permet de mutualiser les informations sur les prix et de garantir chaque établissement contre le risque de consentir un prix aberrant.

Recommandations

En ville

→ 27. Faire aboutir la réforme des critères d'admission au remboursement des médicaments et réviser de manière plus régulière la liste des médicaments remboursables, en permettant la prise en compte de critères médico-économiques dans les deux cas.

→ 28. Renforcer l'implication des acteurs publics dans le domaine des études post-AMM et prévoir un mécanisme de sanction pour les firmes qui ne réalisent pas les études qui leur sont demandées ou qui les réalisent avec retard.

→ 29. Renforcer la transparence des groupes de travail de l'AFSSAPS et instituer des délais maxima pour la communication de ses décisions.

→ 30. Elaborer une base de données publique sur le médicament offrant une information exhaustive, indépendante, actualisée et d'accès gratuit.

A l'hôpital

→ 31. Réduire le nombre de spécialités référencées à l'hôpital en développant l'information des acheteurs et des prescripteurs sur les équivalences thérapeutiques. Mettre le sujet au programme de travail de la HAS.

→ 32. Promouvoir auprès des hôpitaux les pratiques de référencement et d'allotissement les plus efficaces et doter les établissements d'une base de données sur les prix en s'inspirant de l'action des centrales de référencement.

→ 33. Mettre à l'étude un dispositif de régulation prix/volume de la dépense en médicaments coûteux dans les établissements hospitaliers.

→ 34. Resserrer les critères d'inscription sur la liste en sus des médicaments hospitaliers

10 Le partage des données entre les systèmes d'information de santé

La capacité des systèmes d'information à communiquer entre eux est aujourd'hui un enjeu stratégique, dans un contexte où, grâce au haut niveau d'équipement des professionnels de santé, l'échange de données pourrait permettre d'améliorer la qualité de la prescription et de réduire les dépenses en limitant les examens redondants.

Un partage limité des données de santé

Plusieurs conditions techniques doivent être réunies pour permettre l'échange de données informatisées entre professionnels de santé.

L'identification des professionnels de santé et des patients

Il est d'abord nécessaire d'identifier sans ambiguïté l'origine et le destinataire de l'information partagée. Les médecins de ville sont identifiés par le système de la carte professionnelle de santé, tandis que les praticiens hospitaliers restent largement à l'écart de ce dispositif. Un répertoire partagé des professions de santé (RPPS) prévu pour début 2005, mais qui n'est toujours pas opérationnel permettra d'attribuer un numéro unique et pérenne à chaque professionnel de santé.

L'identification des patients, préalable indispensable au partage de données, nécessite la définition d'un identifiant unique et anonymisé pour garantir un haut degré de fiabilité et de confidentialité. Mais l'élaboration d'un identifiant unique des patients répondant à ces conditions tarde : suite à l'avis défavorable de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) portant sur l'utilisation du NIR, une autre solution est à l'étude.

L'organisation des échanges d'information

L'échange d'informations entre professionnels nécessite la définition d'un cadre normatif et technique commun aujourd'hui inexistant.

Si la sécurisation des échanges est satisfaisante, l'élaboration de normes et de standards d'échanges ainsi que d'un référentiel général d'interopérabilité des systèmes d'information des administrations publiques et des organismes de sécurité sociale n'a pas encore abouti.

Les limites actuelles au développement des échanges de données

Les échanges entre professionnels sont définis de manière trop restrictive par le code de la santé publique pour permettre une circulation optimale de l'information. En outre, la grande

Le partage des données entre les systèmes d'information de santé

diversité des logiciels utilisés par les médecins de ville d'une part, les hôpitaux d'autre part, est un obstacle à la progression de ces chantiers. Enfin, le secret médical, qui prévoit qu'un médecin ne peut transmettre une information que s'il a l'autorisation du patient ou s'il en a informé ce dernier, peut constituer une contrainte forte pour l'échange de données.

Une action dispersée des pouvoirs publics

Ces obstacles révèlent diverses défaillances dans la conduite des politiques publiques correspondantes.

Un pilotage défaillant pour l'hôpital

Les systèmes d'information hospitaliers couvrent l'ensemble de l'activité des établissements (gestion, activité de production des soins, pilotage de l'établissement). Les faire communiquer entre eux requiert un pilotage fort au niveau national. Or, le ministère de la santé, qui en a la charge, s'est révélé incapable de définir une stratégie de coordination, la responsabilité du développement des systèmes d'information restant éclatée entre trois opérateurs.

Des actions insuffisantes pour la médecine de ville

La stratégie de développement de l'interopérabilité appuyée sur les réseaux de santé repose sur des financements de l'assurance maladie. Mais le nombre limité de réseaux et le manque de compétence en matière de systèmes d'information des opérateurs régionaux chargés de la distribution des aides n'ont pas fait progresser de manière significative l'interopérabilité.

Une coordination ville-hôpital embryonnaire

En outre, la coordination de la démarche d'informatisation du système de santé, notamment entre la ville et l'hôpital, ne progresse pas : le conseil supérieur des systèmes d'information de santé (CSSIS) a cessé de se réunir depuis 2000, tandis que la mission pour l'informatisation du système de santé (MISS) créée en 2005 ne dispose pas des moyens lui permettant d'assurer sa mission dans des conditions satisfaisantes. Le lancement du projet de dossier médical personnel devra ainsi s'accompagner d'une réorganisation du pilotage des systèmes d'information en santé.

Recommandations

➔ 35. Réduire le nombre d'opérateurs des systèmes d'information en santé et renforcer le pilotage stratégique par la tutelle.

➔ 36. Apporter sans tarder des solutions opérationnelles aux questions d'identification, de normes et de standard qui conditionnent l'interopérabilité.

11 Les aides publiques aux familles

La Cour a analysé les aides financières aux familles. Elle estime que celles-ci sont globalement efficaces en termes de redistribution et d'aide à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, mais qu'elles pourraient être améliorées sous l'angle du bon usage des fonds publics et dans une perspective de plus grande équité.

Un effort important en faveur des familles

Des modalités d'intervention diversifiées

La Cour a évalué pour 2005 l'effort financier en faveur des familles (hors actions des collectivités territoriales) entre 69 Md€ et 78 Md€ par an, soit un niveau très supérieur à celui ressortant des comptes de la branche famille d'une part, du compte de la protection sociale d'autre part.

Il regroupe un ensemble diversifié d'aides, de prestations et de dépenses ou avantages fiscaux, dont plus de la moitié est servie ou financée par les caisses d'allocations familiales au titre des prestations familiales (30,5 Md€), de

l'aide personnalisée au logement (3,5 Md€) et de l'action sociale (3,3 Md€).

Les allègements fiscaux constituent le deuxième poste de dépense en faveur des familles, principalement au titre du quotient familial (de 4,3 Md€ à 13,1 Md€ si l'on retient la demi-part de droit commun par enfant) ou sous la forme de réductions, exonérations ou crédits d'impôt (3,4 Md€). Les avantages familiaux de retraite et le risque maternité représentent, quant à eux, respectivement 11,5 Md€ et 5,3 Md€.

La nécessité d'un pilotage renforcé des dépenses de la branche famille

Des marges structurelles de redéploiement sont automatiquement dégagées par les mécanismes d'indexation : les prestations familiales, indexées sur l'évolution des prix hors tabac, progressent moins vite que les recettes, assises sur la masse salariale. Pourtant, les comptes de la branche famille ont connu une dégradation depuis 2004, du fait de la forte montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant et de la croissance soutenue des dépenses d'action sociale. La Cour considère qu'une stratégie pluriannuelle devrait à

l'avenir encadrer la progression des prestations servies et expliciter les arbitrages sur l'affectation des marges dégagées.

Un soutien financier globalement efficace pour les familles

En termes de compensation du coût de l'enfant...

Les aides aux familles visent à compenser la baisse du niveau de vie induite par l'entretien d'un ou plusieurs enfants. La combinaison des différents mécanismes d'aide permet une compensation "horizontale" au profit des familles quel que soit leur niveau de revenu même si cette compensation est plus forte pour les bas revenus.

Cependant, la charge financière des premier et deuxième enfants reste élevée pour les familles aux revenus modestes, en raison de l'inspiration nataliste qui accorde un traitement préférentiel au troisième enfant. En outre, l'élévation du coût de l'enfant avec l'âge, et singulièrement de l'adolescent est peu prise en compte par la branche famille, la priorité étant accordée aux aides au profit des jeunes enfants.

mais les inégalités de niveau de vie perdurent...

Les transferts en faveur des familles permettent de réduire sensiblement les inégalités de revenu (redistribution verticale) sans parvenir à sortir de la pauvreté nombre de familles nombreuses (4 enfants et plus) et de familles monoparentales.

...et certaines aides pourraient être réexaminées afin de garantir davantage d'efficience et d'équité

Il en est ainsi pour la demi-part supplémentaire accordée aux contribuables vivant seuls ayant élevé des enfants, ou aux familles dont les jeunes adultes vivent hors du domicile et bénéficient d'aides individuelles (bourses, aides au logement) mais qui demeurent rattachés fiscalement au foyer. De même, les avantages accordés aux familles ayant eu trois enfants pourraient être remis en cause, qu'il s'agisse de la demi-part supplémentaire au titre de l'impôt sur le revenu ou des majorations de pensions. Dans un souci d'équité, le supplément familial de traitement dont bénéficient les agents publics devrait être indépendant du traitement mais forfaitisé.

Une aide à la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale peu efficiente

Un manque de cohérence...

Cet objectif plus récent de la politique familiale mobilise des moyens financiers de plus en plus importants. Les aides à la naissance et au jeune enfant représentent en 2005 35 % du total des prestations familiales. Or, sur la période récente, ces différentes formes d'aides ont manqué de cohérence.

La création de la PAJE s'est traduite par une revalorisation des aides à la garde familiale comme à la garde rémunérée. Le ciblage insuffisant de ces dernières sur les ménages à faible revenu a permis des effets d'aubaine pour les ménages les plus aisés, qui tirent en outre pleinement partie des réductions d'impôt. Le doublement des dépenses d'action sociale de la branche famille en faveur de l'accueil collectif a conduit à une augmentation du coût moyen de la place d'accueil, plutôt qu'à une progression sensible du nombre de places. L'extension des dispositifs d'aide au retrait d'activité a profité aux femmes les plus qualifiées qui n'étaient pas prioritairement visées par cette réforme.

... qui appelle des mesures de rationalisation

Il est ainsi souhaitable de rééquilibrer le taux d'effort des familles pour les enfants accueillis en crèche par rapport au coût de ces dernières pour la collectivité. Par ailleurs, le niveau de financement public de la garde à domicile apparaît aujourd'hui élevé, en particulier pour les familles les plus aisées.

Les aides au retrait d'activité pourraient pour leur part chercher à éviter un éloignement durable du marché du travail. Les avantages familiaux de retraite devraient être davantage ciblés sur les parents à faible revenu.

Les aides publiques aux familles

Coût pour la collectivité des différents modes de garde

Mode de garde	Coût total mensuel (€)	Coût mensuel pour la collectivité (en fonction des revenus des ménages)		
		1 SMIC	3 SMIC	5 SMIC
Assistante maternelle sal/j = 3,5 SMIC horaire	819	689	610	522
Crèche	1 296	1 225	1 059	932
Garde à domicile	2 124	750	771	972

Source : CNAF, DSER

Recommandations

Recommandations relatives aux aides fiscales

→ 37. Réexaminer les demi-parts dérogatoires attribuées dans le cadre du mécanisme du quotient familial.

→ 38. Réexaminer l'exonération d'impôt sur le revenu des majorations de retraite pour enfants ainsi que de certaines prestations familiales sans condition de ressources.

Recommandations relatives aux prestations familiales

→ 39. Mieux prendre en compte la progression du coût de l'enfant avec l'âge dans les majorations des allocations familiales et dans l'allocation de rentrée scolaire.

→ 40. Harmoniser le niveau de financement public des différents modes de garde.

Recommandations relatives aux autres aides aux familles

→ 41. Forfaitiser le supplément familial de traitement versé aux agents publics.

12 L'avenir du régime agricole

Les perspectives démographiques du régime de protection sociale des exploitants agricoles amènent à s'interroger sur les modalités de son financement et sur l'évolution de son organisation et de sa gestion.

Une forte dépendance financière du régime

Faute de ressources propres suffisantes, le financement des prestations servies aux exploitants agricoles est assuré à hauteur de 80 % par la solidarité interprofessionnelle et la solidarité nationale.

La compensation démographique

Avec 5,6 Md€ de transferts en 2005, le régime agricole est le premier bénéficiaire du mécanisme de compensation démographique qui vise à remédier aux déséquilibres démographiques de certains régimes. Un éventuel transfert supplémentaire au bénéfice du régime agricole, qui restaurerait son équilibre, se traduirait par une dégradation équivalente de la situation financière des autres régimes, et en premier lieu du régime général. La Cour n'estime donc pas souhaitable une réforme de la compensation du moins

tant que les données disponibles pour l'ensemble des régimes demeurent insuffisantes pour affiner les calculs de compensation et modifier les règles.

La solidarité nationale

Elle assure avec 7,9 Md€ de transferts en 2005 le financement de près de la moitié des charges du régime. Cependant, avec la substitution d'une taxe sur le tabac à la ressource précédemment issue de la TVA, l'équilibre du régime n'est plus assuré. Depuis la création du fonds de financement des prestations agricoles (FFIPSA), il connaît des déficits récurrents (1,4 Md€ en 2005 et 1,3 Md€ en 2006).

Une assiette sociale minorée

Dans ce contexte, l'appréciation de l'effort contributif de la profession est importante. Or, alors même que les taux de cotisation des exploitants peuvent être considérés comme sous-évalués de plus de 4 % par rapport à ceux du régime général, les dispositifs de minoration de l'assiette fiscale et sociale qui se sont multipliés ces dernières années ont accentué ce phénomène.

Une définition restrictive de l'assiette

Les agriculteurs sont la dernière profession indépendante à bénéficier d'un régime forfaitaire collectif d'imposition qui sous-estime globalement leurs revenus de 30 %. Le régime d'imposition au réel voit pour sa part se développer des phénomènes d'évasion sociale par la transformation d'exploitations en sociétés. La cotisation de solidarité sur les associés de société agricole, précédemment fixée à un niveau insuffisant, selon la Cour, a été supprimée en 2006, ce qui risque d'accroître encore le phénomène.

Enfin les agriculteurs bénéficient de nombreuses déductions et exonérations au titre des assiettes fiscale et sociale qui diminuent les recettes du régime agricole.

Un manque de rigueur dans le contrôle des obligations sociales

Les mesures de lutte contre la dissimulation d'assiette prises par les caisses de mutualité agricole sont insuffisantes : les échanges d'information entre caisses de mutualité sociale agricole et services des impôts sont peu nombreux, les contrôles d'assiette bien que mieux ciblés conduisent à des redressements limités (0,3 % de l'assiette brute). L'application des procédures de recouvrement forcé manque de rigueur. Les taux de recouvrement restent peu satisfaisants (90,6% hors CSG).

Une amélioration nécessaire de la gestion et de l'organisation du régime agricole

Mieux gérer le régime

L'encadrement budgétaire du régime a été peu contraignant dans un contexte de diminution du nombre de ressortissants du régime. La réduction du nombre d'exploitants contraste avec la légère augmentation de salariés affiliés, mais au prix d'extensions successives du régime agricole à des salariés de professions éloignées des métiers agricoles.

La productivité des caisses du régime s'est dégradée entre 1995 et 2004. Le contrôle et l'audit internes doivent être structurés et développés, afin d'offrir les garanties nécessaires à la certification des comptes combinés du régime par un commissaire aux comptes à partir de 2008.

Par ailleurs, le mouvement de réduction du nombre de caisses n'avance que lentement et la mutualisation des tâches est restée insuffisante.

Renforcer les compétences de la caisse centrale de MSA

L'autonomie des caisses locales est plus forte et les pouvoirs de pilotage du réseau par la caisse centrale sont plus réduits que dans le régime général. Des progrès ont été néanmoins permis par la signature de conventions d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la MSA. Pour

sa part, l'Etat devrait renoncer à une tutelle encore trop souvent pointilleuse que la situation historique de concurrence entre la MSA et un assureur privé pour les risques maladie et accidents du travail ne saurait justifier.

Recommandations

→ 42. Recentrer la tutelle de l'Etat en cohérence avec le renforcement des pouvoirs de la caisse centrale de MSA prévu par la convention d'objectifs et de gestion 2006-2010.

→ 43. Accélérer la restructuration du réseau de caisses afin notamment de dégager des économies de gestion et des gains de productivité.

→ 44. Rétablir la cotisation de solidarité pour les associés de société afin de limiter les phénomènes d'évasion sociale.

→ 45. Renforcer les contrôles d'assiette et mieux encadrer les pratiques de recouvrement des caisses locales.

→ 46. Systématiser les échanges d'information entre la mutualité sociale agricole et la direction générale des impôts

Conclusion

Les diverses enquêtes réalisées par la Cour ont permis d'identifier des marges de progrès dans chacun des domaines examinés. Elles sont résumées par 45 recommandations. Nombre de ces pistes de réformes pourraient d'ailleurs constituer des sources d'économie, qu'il s'agisse en particulier de l'arrêt du mitage de l'assiette sociale ou de la rationalisation des aides publiques aux familles.

Cette orientation des recommandations vers la recherche de ressources supplémentaires s'explique par la gravité de la situation financière de la sécurité sociale. La Cour constate en effet à nouveau l'ampleur des déficits en 2006, peu réduits par rapport à l'année précédente, alors même que la situation conjoncturelle et des recettes exceptionnelles auraient dû permettre une amélioration plus marquée.

La Cour estime ainsi que le retour à l'équilibre annuel des comptes sociaux doit constituer la priorité des pouvoirs publics. À défaut, une partie significative du coût de la protection sociale se trouverait à nouveau reportée sur les générations futures.