

## SÉCURITÉ SOCIALE DÉFICIT DE 40 MILLIARDS D'EUROS

M. Séguin propose des charges sociales sur les stock-options

*Le Monde*, 14 Septembre 2007

LORS DE LA PRÉSENTATION du rapport annuel de la Cour des comptes, son premier président, Philippe Séguin, a suggéré de soumettre les plus-values sur la vente des stock-options à cotisations sociales. Pour les magistrats financiers, les options distribuées par les entreprises à leurs dirigeants en 2005 ont atteint une valeur actualisée de 8,5 milliards d'euros, ce qui représenterait un manque à gagner de 3,246 milliards d'euros pour la Sécurité sociale. Les cinquante premiers bénéficiaires devraient toucher à terme chacun plus de 10 millions d'euros. *" Rien que pour ces cinquante-là, les cotisations manquantes s'élèvent à plus de 3 millions d'euros "*, a estimé M. Séguin.

### LES " NICHES " EXAMINÉES

Cette proposition pourrait s'appliquer aussi aux indemnités de départs à la retraite : 3 milliards d'euros de recettes virtuelles. M. Séguin souhaite la *" suppression, ou à tout le moins le plafonnement - d'exonération - des deux dispositifs "*. Les magistrats ont aussi examiné les autres *" niches "* de prélèvement (retraites chapeau, chèques-vacances, frais de transport, chèques-emploi-service...) et souhaitent qu'en soit vérifiée la justification. Le gouvernement étudie ces hypothèses pour boucler le budget 2008.

La Cour souligne un déficit global de 15,4 milliards d'euros en 2006 incluant les fonds de solidarité vieillesse et le fonds agricole, soit 40 milliards d'euros cumulés d'ici à 2009. *" Les mesures de maîtrise en vigueur depuis 2004 apparaissent nettement insuffisantes "*, juge M. Séguin, qui met en cause les organisations professionnelles de la santé auxquelles la réforme de 2004 *" a délégué ses modalités d'application, ce qui a eu pour conséquence de faire prévaloir les préoccupations tarifaires des médecins. "*

La Cour relève que leurs rémunérations ont connu une évolution *" bien plus favorable que celle des salariés du privé et du public "*. M. Séguin a épinglé les dépassements d'honoraires des spécialistes de secteur 2 (honoraires libres), *" assez loin du tact et de la mesure prescrits par le code de déontologie "*. Soulignant enfin les disparités de répartition géographique et de spécialités, la Cour suggère à nouveau d'appliquer des *" incitations négatives "* à l'installation dans des zones surmédicalisées.



**Intervention de M. Philippe SÉGUIN,  
Premier Président de la Cour des comptes,  
Conférence de presse  
Rapport Sécurité sociale 2006**

—  
**Mercredi 12 septembre 2007**

Mesdames et Messieurs,

Merci de votre présence pour ce rendez-vous désormais traditionnel du début septembre.

Le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale que je vais présenter devant vous porte sur l'année 2006, qui est la première année de mise en œuvre de la loi organique du 2 août 2005. Cette loi comporte pour la Cour, vous le savez, deux nouvelles obligations : prononcer un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre de l'exercice clos et produire un rapport de certification sur les comptes des caisses nationales et les comptes combinés des branches du régime général de l'exercice clos.

Je vous ai déjà présenté, le 19 juin dernier, le rapport de la Cour sur la certification. En revanche, aux termes de la loi organique, l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre prend place dans le présent rapport.

La première partie du rapport, dont la présentation et le contenu ont été de ce fait légèrement modifiés, porte sur les comptes sociaux, tandis que la deuxième partie rend compte, comme les années précédentes, des autres missions confiées à la Cour sur la gestion des risques.

La première partie de mon exposé traitera donc tour à tour des comptes de 2006 puis de l'avis de la Cour sur les tableaux d'équilibre.

Que dire des comptes 2006 ?

**Que le déficit reste élevé et que le total des déficits cumulés au fil des années continue de progresser.**

Je vous tiendrai donc le même langage de vigilance inquiète que l'an dernier à propos des comptes 2005. Car en dépit d'une nouvelle diminution du déficit global, celui-ci est resté très élevé en 2006 alors même que la conjoncture économique générait au cours de l'exercice une croissance significative des recettes, elle-même dopée par des hausses de taux de cotisation et des recettes nouvelles non reconductibles. Les produits ont ainsi cru de 5,4 % pour l'ensemble des régimes, les charges augmentant de 4,5 %.

Je n'insisterai que sur quelques chiffres significatifs, les préoccupations générales de la Cour sur la situation des finances sociales ayant déjà été exposées dans le rapport de juin dernier sur « la situation et les perspectives des finances publiques ».

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'établit à 8 Md€ contre 11 Md€ en 2005. Si l'on y ajoute le besoin de financement des fonds (FSV et FFIPSA), il atteint 10,3 Md€ contre 14,4 Md€ en 2005. Le seul régime général présente un résultat négatif de 8,7 Md€ en 2006, contre 11 Md€ en 2005.

Toutes les branches du régime général demeurent déficitaires même si les branches maladie, famille et AT-MP réduisent leur déficit.

**La branche maladie** présente un déficit important (5,9 Md€) bien qu'inférieur aux prévisions du PLFSS, grâce au dynamisme des recettes qui a plus que compensé le dépassement de l'ONDAM.

La progression des dépenses relevant du champ de l'ONDAM, a été, à périmètre constant, de 3,1 % tous régimes (3,3 % pour le régime général), soit un taux inférieur à la hausse en valeur du PIB, fait assez rare pour être noté. Ce taux est le plus bas constaté depuis 1997.

Mais, malgré cette décélération, et contrairement à ce que nous avons constaté pour 2005, l'ONDAM n'a pas été respecté en 2006. Il a été dépassé de 1,2 Md€ de dépassement qui s'explique notamment par la sous estimation de la base de calcul, la non réalisation d'économies prévues sur les produits de santé et par l'accélération des dépenses de soins de ville au second semestre. L'ONDAM hospitalier ayant été respecté, le dépassement s'est concentré sur les soins de ville. Mais l'objectif de dépenses hospitalières avait été fixé, il est vrai, de manière plus réaliste que celui des soins de ville. J'ajoute que le respect de l'ONDAM hospitalier dissimule des évolutions contrastées, les dépenses des cliniques privées ayant, comme les années précédentes, augmenté plus que prévu.

L'accélération des dépenses au second semestre 2006, insuffisamment prise en compte dans la fixation des bases pour 2007, a rendu dès le départ la réalisation de l'ONDAM 2007 difficile. De ce fait, le comité d'alerte a le 29 juin dernier constaté un risque de dépassement de l'objectif de 2 points sur les soins de ville chiffré à 2 Md€. Le déficit de la branche passerait selon la commission des comptes de juillet de 3,9 à 6,7 Md€. C'est dire – et j'insiste sur ce point – que les mesures de maîtrise en vigueur depuis 2004 apparaissent nettement insuffisantes pour assurer un retour à l'équilibre selon le calendrier prévu par la LFSS, c'est-à-dire en 2009.

Un autre sujet d'inquiétude majeure porte sur la situation de la **branche retraite**. Si le déficit 2006 s'est établi à un niveau proche de celui constaté en 2005, cette stabilisation est imputable au dynamisme général des recettes que j'ai évoqué précédemment, la branche ayant bénéficié en outre d'une hausse de cotisation de 0,2 point. La forte progression des dépenses se poursuit, la CCSS de juillet dernier ayant révisé à la hausse le déficit 2007 de la branche, le portant de 3,5 Md€ à 4,7 Md€.

Au total, hors déficits repris par la CADES, les déficits inscrits dans les comptes du régime général et des fonds de financement s'élèvent à la fin 2006 à 15,4 Md€. Je rappelle qu'à l'horizon 2009, les prévisions inscrites en LFSS conduisent à un déficit cumulé de 40 Md€ dans l'hypothèse économique basse. Or celle-ci est désormais la moins improbable. Pourtant,

ce total devra être majoré de 4 Md€ résultant de la hausse de 8 à 12 Md€ du déficit prévisionnel 2007 du régime général actualisé par la CCSS de juillet dernier.

Je rappellerai pour mémoire, car la Cour y a insisté à plusieurs reprises, **la situation difficile des fonds de financement (FSV et FFIPSA) et le problème des dettes de l'Etat**, bien connus de tous. La Cour considère que le FSV a pour principal effet de dissimuler optiquement une partie du déficit de la branche retraite du régime général auquel il faut ajouter le déficit du FSV pour avoir une vue exacte de la situation de la branche. L'amélioration de sa situation est conditionnée par la poursuite de la baisse du chômage. Quant au FFIPSA, il ne remplit pas sa mission et rien ne permet de croire à son redressement spontané. Ces deux fonds, qui ne sont pas dotés par les pouvoirs publics des moyens qui leur permettraient de faire face à leurs obligations légales, sont placés dans une situation juridique que je qualifierai d'intenable.

Dans un autre ordre d'idées, la Cour prend acte de l'engagement du ministre chargé des comptes publics de payer à la Sécurité sociale les dettes de l'Etat. Le versement de 5,1 Md€ annoncé pour l'automne devrait permettre d'éviter le dépassement du plafond d'autorisation d'emprunt pourtant fixé à un niveau très élevé par la LFSS 2007 (28 Md€). J'insiste sur ce chiffre de 28 milliards d'euros pour souligner que les autorisations d'emprunt n'ont plus rien à voir avec des ajustements de trésorerie infra annuels, ce qui est pourtant leur raison d'être. Elles servent à combler des déficits structurels croissants et génèrent une dépense d'intérêts également croissante : les frais financiers du régime général qui ont atteint 271M€ en 2006 seront de 700M€ en 2007 et devraient dépasser le milliard en 2008 !

Pour conclure sur ce point, je dirai que le message de la Cour est clair : quelles que soient les solutions que les pouvoirs publics retiendront pour combler ces déficits, la priorité absolue devrait être d'éviter la constitution de nouveaux déficits en fixant des objectifs de dépenses et de recettes équilibrés et réalistes, accompagné des mesures permettant de les atteindre. C'est d'autant plus urgent, que pour la Cour escompter un rééquilibrage spontané des comptes sociaux de l'amélioration de la croissance économique constitue un pari risqué.

## **b) Je termine l'examen de cette première partie du rapport avec l'avis de la Cour sur les tableaux d'équilibre**

Dès 1994, le législateur avait confié à la Cour la mission de présenter « une analyse de l'ensemble des comptes des régimes de sécurité sociale ». Mais cette mission ne pouvait être véritablement assurée jusqu'à la réforme des LFSS par la loi organique de 2005, faute de disposer de données consolidées suffisamment fiables.

La notion de tableau d'équilibre est entièrement nouvelle et la portée de l'avis de la Cour mérite explication. Il ne s'agit évidemment pas d'un exercice de certification, lequel ne peut porter que sur des comptes présentés par une personne morale. Il s'agit ici de tableaux établis par l'administration à partir des comptes des différents régimes qui constituent des personnes morales distinctes. Ces tableaux agrègent par branche les produits, les charges et le résultat pour nous permettre de suivre le respect des objectifs votés par le Parlement.

Il faut saluer le progrès que constitue cette démarche. Elle permet, par delà la complexité du système de sécurité sociale due à la multiplicité des régimes, de connaître de manière claire la situation de chaque branche et fonds.

Mais si la Cour a pu vérifier l'absence d'anomalie majeure, elle observe cependant des limites au contrôle et à la traçabilité des processus de consolidation et des incertitudes sur la ventilation des données entre les branches dans le cas des régimes gérant plusieurs branches.

## **2- J'aborde maintenant la deuxième partie du rapport qui est consacrée à la gestion des risques sociaux.**

Je voudrais insister plus particulièrement sur l'étude portant sur les mécanismes qui réduisent **l'assiette des prélèvements sociaux** dans le régime général. Comme vous le savez, une grande majorité de ces exonérations font l'objet d'une compensation au profit des régimes de Sécurité sociale sous forme désormais de recettes fiscales affectées. Mais outre la fraction des exonérations non compensées, il existe de nombreux autres dispositifs qui amputent l'assiette des contributions sociales (cotisations, CSG etc) et qui ne donnent pas lieu à compensation. Tout cela génère une perte de recettes pour le régime général de plusieurs dizaines de milliards mais également de fortes inégalités entre les personnes assujetties.

Nous pensons en particulier à l'exonération de la plus-value d'acquisition des stock-options. Lesquelles constituent, selon les cas, un complément de salaire au versement différé ou une incitation à l'actionnariat, et sont donc bien un revenu lié au travail, donc normalement taxable.

La Cour s'est efforcée d'évaluer l'ordre de grandeur de la perte de recette annuelle pour la Sécurité sociale.

Elle a ainsi procédé à l'évaluation du montant des stock-options distribuées en 2005. Elle les a valorisées sur la base d'un certain nombre de comportements des bénéficiaires et de données macro-économiques.

Il apparaît ainsi que sur la base d'une actualisation finale à 8,5 Mds d'euros de la valeur des stock-options distribuées en 2005, la perte de recette nette s'élèvera aux alentours de 3 Mds.

Or, les gains réalisés par les bénéficiaires sont souvent importants et concentrés sur un nombre restreint d'individus.

Les 100 premiers bénéficiaires devraient toucher chacun une plus-value de plus de 500 000 euros et les 50 premiers de plus de 10 M d'euros. Rien que pour chacun de ces cinquante-là, les cotisations manquantes s'élèvent à plus de 3 M d'euros.

On a parlé de moralisation de ces formules. Et bien voilà une piste toute trouvée.

Les indemnités de départ à la retraite ou de licenciement sont elles aussi exonérées de cotisations, ce qui correspond à une perte de plus de 4 Md€ Le principe de l'exonération découle de l'idée que l'indemnisation du préjudice moral ne doit pas être taxée, mais les sommes accordées, qui sont parfois très élevées, sont pourtant souvent étrangères à tout préjudice. Chacun sait qu'à certain niveaux hiérarchiques, on n'a pas attendu les débats récents pour pratiquer le divorce à l'amiable...

Dès lors, la Cour demande de supprimer ou à tout le moins de plafonner fortement ces deux dispositifs. Le principe devrait être celui de la neutralité du prélèvement social au regard des différentes formes de rémunération, qu'il s'agisse de salaires, de distribution de bénéfices ou d'actions.

Enfin, elle réitère sa demande d'alignement des contributions des employeurs publics aux branches maladie et famille, la situation actuelle générant une inégalité de traitement injustifiable avec les employeurs du secteur privé.

Passant maintenant aux dépenses, j'évoquerai en premier lieu les résultats de **deux enquêtes portant sur l'hôpital** prévues dans le plan pluriannuel de contrôle demandé à la Cour par la loi. La Cour et les chambres régionales des comptes ont étudié dans un nombre significatif d'hôpitaux la fiabilité des comptes, d'une part, la politique d'achat des médicaments, d'autre part. Dans le contexte de la mise en place progressive de la T2A, il s'agit là de deux sujets majeurs.

Les juridictions financières ont constaté que, pour des raisons de contrainte budgétaire, le **respect des principes comptables est très inégal**. Notamment, la pratique consistant à dissimuler des déficits, voire des excédents, est assez répandue. Il en résulte des résultats comptables souvent dépourvus de sens ce qui peut affecter la sincérité des comptes de l'assurance maladie. Enfin, la comptabilité analytique est peu répandue, ce qui constitue un frein important à la connaissance et à la maîtrise des coûts hospitaliers dans le contexte de la réforme du financement des hôpitaux.

**Quant à l'achat de médicaments par les hôpitaux publics, nous montrons qu'il** représente 10 % des charges des hôpitaux, poste en forte augmentation. La Cour constate, s'agissant des médicaments dont les prix sont libres et donc négociés dans le cadre d'appels d'offre, que ce poste n'est pas géré avec le professionnalisme nécessaire. Par ailleurs, l'inscription sur une « liste en sus » des médicaments les plus chers soignant des pathologies graves, inscription qui donne lieu à un remboursement à 100 % par l'assurance maladie conduit à déresponsabiliser les établissements, d'autant que cette liste est fixée trop largement par l'administration.

Vous le verrez également, une partie importante du rapport est consacrée à un **premier bilan partiel de la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie**.

S'agissant de **la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie**, la Cour porte une appréciation positive sur la réorganisation des régimes d'assurance maladie, qu'il s'agisse du régime général ou de la création de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Elle préconise cependant d'accroître la cohérence des pouvoirs respectifs des caisses nationales et de l'UNCAM. Enfin, elle réitère et développe sa critique d'un trop large transfert de compétences aux professions de santé, à travers des conventions dont le champ a été élargi par la loi de 2004 à des questions qui relèvent manifestement de la compétence de l'Etat. Il s'agit notamment des différents aspects de l'organisation des soins sur le territoire. Le risque existe, et le rapport le démontre à propos notamment de la démographie médicale, d'une subordination, au sein des négociations conventionnelles, des questions d'organisation des soins à des objectifs de revenus des médecins.

Autre réforme majeure introduite par la loi de 2004, le **parcours de soins** fait l'objet d'une analyse approfondie qui a conduit la Cour à examiner au préalable tant les problèmes que pose la démographie médicale que la réalité des revenus des médecins.

S'agissant de la **démographie médicale**, la Cour récuse pour sa part toute idée de pénurie globale des médecins, actuelle et pour un avenir proche. A horizon 2025, la densité, actuellement de 340 médecins pour 100 000 habitants, devrait retomber à 283, soit le niveau de 1985. Le vrai problème est la mauvaise répartition des médecins entre spécialités et entre territoires. La gestion du *numerus clausus* et des épreuves classantes nationales ne garantit pas, notamment, la sortie d'un nombre suffisant de médecins généralistes. Par ailleurs, les dispositifs pourtant nombreux d'incitation positive à l'installation dans les zones sous médicalisées ne remplissent pas leurs objectifs. Nous recommandons des incitations négatives à l'installation dans les zones déjà bien dotées en médecins. A défaut, les inégalités d'accès aux soins s'aggraveront inéluctablement. La liberté d'installation doit être repensée en conséquence.

L'étude des **rémunérations des médecins** a révélé des lacunes importantes dans la connaissance des revenus totaux des médecins. Ces lacunes proviennent de la non prise en compte dans les statistiques de la diversité de leurs revenus, lesquels comportent également des salaires ainsi que des rémunérations provenant de leur regroupement, de plus en plus fréquent, au sein de sociétés d'exercice libéral. Si l'on ne considère que le revenu d'activité libérale connu des caisses, il apparaît que le pouvoir d'achat des médecins s'est accru entre 2000 et 2004 de 1,8 % par an pour les omnipraticiens et de 3,3 % pour les spécialistes. Cette évolution, comme l'a démontré l'INSEE, est bien plus favorable que celle qu'ont connue les salariés des secteurs privé et public. La Cour a également examiné les dépassements d'honoraires, notamment des médecins de secteur 2, dont la fréquence est variable selon les spécialités. Elle est de 80 % chez les chirurgiens, le niveau du dépassement pouvant atteindre entre 3 et 4 fois le tarif opposable pour une proportion significative des actes. On est là assez loin du « tact et de la mesure » prescrit par le code de déontologie. L'importance de ces dépassements met en cause dans certaines zones et pour certaines spécialités le principe fondamental d'égal accès aux soins, le reste à charge qui en résulte pour les assurés pouvant être insupportable. Je donnerai un seul chiffre : en chirurgie urologique, il existe un monopole du secteur 2 dans 27 départements correspondant à 20% de la population française. Une meilleure maîtrise des dépassements s'impose donc.

L'accélération des gains de pouvoir d'achat des médecins ces dernières années vient d'une majoration des tarifs et de suppléments forfaitaires attribués en contrepartie d'engagements dont la Cour a démontré dans son rapport de 2005 qu'ils correspondent à des obligations déjà prescrites par le code de déontologie. La Cour recommande ainsi à nouveau de s'interroger sur la coexistence des paiements à l'acte et au forfait.

Parmi les réformes expliquant la progression du pouvoir d'achat des médecins, figure en premier lieu **la refonte de la classification commune des actes médicaux**, désormais gérée par les partenaires conventionnels. Alors qu'elle aurait dû se faire à coût nul par redéploiement entre les spécialités, il en est résulté un coût net, les hausses de tarifs de certains actes n'étant pas compensées par des baisses suffisantes sur d'autres actes.

**Le parcours de soins coordonné** a également permis des augmentations substantielles de rémunération des médecins. Partant d'un objectif tout à fait important d'organisation du parcours des assurés dans le système de soins, sous le pilotage d'un médecin traitant désigné

par l'assuré, la réforme a été mise en place rapidement et sans dégradation du service rendu par les caisses aux assurés. Mais elle a dû en même temps intégrer des contraintes qui en ont limité l'impact et compliqué la compréhension. Ainsi, elle a dû respecter une stricte application des principes de la médecine libérale, notamment le paiement à l'acte et le libre choix du patient, et s'inscrire dans la continuité des pratiques antérieures. Enfin, ses modalités d'application ont été déléguées aux partenaires conventionnels, ce qui a eu pour conséquence de faire prévaloir les préoccupations tarifaires des médecins. Il en est résulté, d'une part, un maquis tarifaire illisible par l'assuré ; d'autre part, un coût non négligeable pour les assureurs publics et privés et pour les ménages, au profit des médecins, soit 384 M€ en année pleine, auxquels s'ajoutent les mesures tarifaires de l'avenant de mars 2006, soit au total un gain de 755 M€ en 2006.

Pour finir sur l'assurance maladie, la Cour a étudié le **partage des données entre les systèmes d'information de santé**, condition indispensable à la mise en place du DMP qu'elle examinera ultérieurement. Elle en a conclu que les conditions ne sont pas encore réunies et que le ministère chargé de la santé doit mettre en place un pilotage stratégique fort entre les acteurs concernés et régler au préalable les questions de principe encore pendantes de l'identification des patients, des professionnels de santé, des normes et des standards indispensables à l'interopérabilité ?

Je veux également évoquer notre travail sur la branche famille. **Nous avons cette année cherché à évaluer l'efficacité et l'efficience des aides publiques aux familles. Ces aides ont deux finalités essentielles**, la compensation partielle du coût de l'enfant et l'aide à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle. La Cour constate que le système qui combine un quotient familial pour l'impôt sur le revenu, des prestations familiales universelles ou faiblement modulées et des prestations ciblées peut paraître assez équilibré du point de vue de l'objectif de compensation du coût de l'enfant. Cependant, elle considère que plusieurs dépenses fiscales en faveur des familles doivent être remises en cause, telles que certaines demi parts du quotient familial ou l'exonération d'impôt des majorations de pension pour enfant. S'agissant de l'objectif de conciliation, elle a pointé des effets d'aubaine à l'occasion de la mise en place de la PAJE et des distorsions dans les taux d'effort des familles selon le mode de garde retenu. Ces taux d'effort sont souvent, de manière étonnante, inversement proportionnels aux revenus des familles en raison de la faible amplitude de l'aide financière apportée par la collectivité, selon que le ménage dispose d'un SMIC ou de 5 SMIC. Là aussi, je vous renvoie au rapport pour les données chiffrées.

Enfin, la Cour rend compte de deux enquêtes correspondant à des demandes des assemblées parlementaires : l'une sur la **consommation et la prescription des médicaments en ville**, remise à la MECSS de votre commission, l'autre sur la **protection sociale agricole**, remise à la commission des affaires sociales du Sénat.

Partant du constat bien connu que la France présente un niveau de prescription et de consommation de **médicaments** supérieur à celui de ses voisins européens, générant des risques d'incompatibilités et des dépenses fortement croissantes pour l'assurance maladie, elle s'est efforcée d'en déterminer les causes principales. Elle a relevé en premier lieu des critères insuffisamment sélectifs pour l'admission au remboursement, notamment en l'absence d'analyse médico-économique et d'évaluation des médicaments en utilisation réelle. Elle a noté une insuffisance de la transparence de l'évaluation des médicaments. Au stade de la consommation, l'action sur les comportements des patients pâtit d'une information publique insuffisante tandis que le contrôle de l'information d'origine « privée » via internet n'est pas



encore effectué. Au stade de la prescription par les médecins, la Cour est revenue sur l'absence de base publique et gratuite sur le médicament, sur l'insuffisance de la formation médicale initiale et continue en matière de médicament, cette dernière étant en outre essentiellement financée par l'industrie pharmaceutique. L'information des médecins en exercice passe essentiellement encore par la visite médicale dont l'encadrement prévu par la loi de 2004 est en cours de mise en place. Les efforts déployés par l'AFSSAPS, la HAS et la CNAMTS pour diffuser une information utilisable par les médecins doivent être à la fois renforcés et rationalisés. Au total, toutes ces insuffisances expliquent que l'action menée pour freiner la croissance de la dépense de médicaments dans le cadre de la démarche de maîtrise médicalisée n'a pas produit les effets attendus comme je l'ai déjà dit.

Enfin, la Cour s'est penchée sur **l'avenir du régime des exploitants agricoles**, dont le financement est rendu problématique par l'incapacité du FFIPSA à apporter au régime les ressources dont il a besoin. Si la Cour ne conteste pas que le régime a fortement besoin de la solidarité nationale et de celle des autres régimes, en raison de sa situation démographique, elle considère aussi que les exploitants agricoles doivent faire un effort contributif accru. Cela passe par la suppression des mesures qui ont pour effet de réduire l'assiette des cotisations, par la limitation de l'évasion provoquée par le recours croissant à la forme sociétaire, enfin par des procédures de recouvrement plus dynamiques de la part des caisses de MSA. La Cour a enfin estimé que des gains de productivité doivent être recherchés par la poursuite active de la réorganisation d'un réseau de caisses trop éclaté, le renforcement des pouvoirs de la caisse centrale sur le réseau, l'Etat abandonnant la conception trop extensive qu'il a actuellement de son rôle dans ce domaine. Je rappelle que l'allègement des tâches des services de l'Etat et la responsabilisation des gestionnaires sont deux orientations fortes de la gestion publique.

\*

Comme vous le voyez, les sujets abordés dans ce rapport sont importants et variés. Certains ont déjà fait l'objet, dans les rapports des années précédentes, de recommandations de la Cour. Vous savez l'importance que j'attache à leur suivi. C'est pourquoi, même si dans le rapport de cette année un chapitre particulier n'est pas consacré à ce suivi, pour chacun des thèmes traités, sont rappelées, chaque fois qu'il y a lieu, les critiques et recommandations déjà formulées et le sort qui leur a été réservé.

Je rappelle enfin que la réflexion de la Cour se situe dans un contexte de forts déficits des comptes sociaux et que ses propositions visent à maîtriser les dépenses et à optimiser les recettes, objectifs qui doivent s'appliquer en permanence, et non par à-coups, à toutes les branches et à tous les régimes.

Telles sont, Mesdames et Messieurs, les principales conclusions qui ressortent du rapport annuel sur la sécurité sociale de 2007.

Nous sommes prêt maintenant à répondre à vos questions avec l'aide de Rolande Ruellan, présidente de la 6<sup>ème</sup> chambre et de Laurent Rabaté, rapporteur général.