

N° 111

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2018-2019

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 7 novembre 2018

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de **financement de la sécurité sociale**, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, pour 2019,*

Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE,

Rapporteur général,

Mme Catherine DEROCHE, MM. Bernard BONNE, Gérard DÉRIOT, René-Paul SAVARY et Mme Élisabeth DOINEAU,

Rapporteurs,

Sénateurs

### Tome I : Exposé général

---

*(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, président ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général ; MM. René-Paul Savary, Gérard Dériot, Mme Colette Giudicelli, M. Yves Daudigny, Mmes Michelle Meunier, Élisabeth Doineau, MM. Michel Amiel, Guillaume Arnell, Mme Laurence Cohen, M. Daniel Chasseing, vice-présidents ; M. Michel Forissier, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, Corinne Féret, M. Olivier Henno, secrétaires ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mmes Martine Berthet, Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Jean-Noël Cardoux, Mmes Annie Delmont-Koropoulis, Catherine Deroche, Chantal Deseyne, Nassimah Dindar, Catherine Fournier, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Nadine Grelet-Certenais, Jocelyne Guidez, Véronique Guillotin, Victoire Jasmin, M. Bernard Jomier, Mme Florence Lassarade, M. Martin Lévrier, Mmes Marie-Noëlle Lienemann, Monique Lubin, Viviane Malet, Brigitte Micouleau, MM. Jean-Marie Mizzon, Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Frédérique Puissat, Laurence Rossignol, Patricia Schillinger, M. Jean Sol, Mme Claudine Thomas, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Sabine Van Heghe.*

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (15<sup>ème</sup> législ.) :** 1297, 1309, 1336 et T.A. 187

**Sénat :** 106 et 108 (2018-2019)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES.....	9
<b>PREMIÈRE PARTIE - ÉQUILIBRES FINANCIERS GÉNÉRAUX</b> .....	13
<b>I. UN RÉTABLISSEMENT DES COMPTES PLUS MARQUÉ QUE PRÉVU EN 2018</b> .....	13
A. LE RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN APPROCHE DE L'ÉQUILIBRE .....	14
1. <i>Un déficit ramené à 1 milliard d'euros</i> .....	14
2. <i>Une amélioration plus sensible que prévu en LFSS 2018</i> .....	15
B. UN REDRESSEMENT DES COMPTES ISSU D'UNE FORTE AUGMENTATION DES RECETTES ET D'EFFORTS EN DÉPENSES .....	16
1. <i>Évolution des recettes</i> .....	16
2. <i>Des dépenses contenues bien qu'en progression constante</i> .....	17
<b>II. EN 2019, UN RETOUR AFFICHÉ À L'ÉQUILIBRE DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AU SEIN DE COMPTES PUBLICS EN NETTE DÉGRADATION PROVISOIRE</b> .....	20
A. L'ÉQUILIBRE AFFICHÉ DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2019.....	20
1. <i>Des recettes toujours en augmentation mais dont la structure poursuit sa mue</i> .....	20
a) <i>Des recettes toujours portées par le dynamisme de la masse salariale</i> .....	20
b) <i>Le poids croissant des impositions par rapport aux cotisations</i> .....	21
2. <i>Des dépenses maîtrisées par un rabaillage des prestations sociales</i> .....	23
B. LE CONTEXTE DE COMPTES PUBLICS PROVISOIÈREMENT DÉGRADÉS.....	24
1. <i>Un déficit public porté à 2,8 % du PIB en 2019</i> .....	24
2. <i>Des mesures d'ajustement sensibles dans le présent PLFSS</i> .....	25
a) <i>Le report de l'entrée en vigueur de l'intégration des contributions chômage dans les allègements généraux</i> .....	25
b) <i>L'effet notable des baisses de recettes non compensées</i> .....	26
<b>III. AU-DELÀ DE 2019, UNE TRAJECTOIRE DEVENUE TRÈS INCERTAINE</b> .....	28
A. UNE TRAJECTOIRE DES FINANCES SOCIALES NETTEMENT RECTIFIÉE PAR RAPPORT À LA LFSS 2018 .....	28
B. RÉNOVATION DES RELATIONS FINANCIÈRES ÉTAT - SÉCURITÉ SOCIALE : UNE MISE EN ŒUVRE PRÉCOCE ET CONTESTABLE.....	30
1. <i>Les modalités décrites dans les PLF et PLFSS pour 2019</i> .....	30
2. <i>De la nécessité d'un cadrage politique préalable</i> .....	30
<b>DEUXIÈME PARTIE - ASSURANCE MALADIE</b> .....	33
<b>I. LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE MALADIE : À QUEL PRIX ?</b> .....	34
A. DE 2017 À 2020 : UNE TRAJECTOIRE AMBITIEUSE DE RÉTABLISSEMENT DU SOLDE DE LA BRANCHE « MALADE » DE LA SÉCURITÉ SOCIALE .....	34
1. <i>Un déficit persistant constaté en 2017</i> .....	34
2. <i>Une forte résorption en 2018 et 2019 : vers la fin du déficit de l'assurance maladie pour 2020 ?</i> .....	35

B. LE RESPECT GLOBAL DE L'ONDAM EN 2017 ET 2018 MASQUE DES MAUX PERSISTANTS.....	36
1. En 2017, un objectif de dépenses tenu au prix d'un creusement du déficit hospitalier .....	36
2. En 2018, un nouveau dérapage des dépenses de ville qui interroge les bases de construction de l'Ondam .....	39
<b>II. UN PLFSS DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ? .....</b>	<b>41</b>
A. UNE AMBITION SOUS CONTRAINTE .....	41
1. Le relèvement du taux d'évolution de l'Ondam à 2,5 % pour 2019 pour accompagner la mise en œuvre du plan « Ma Santé 2022 » .....	41
2. Un plan d'économies de 3,8 milliards d'euros qui joue encore sur de « vieilles recettes ».....	44
3. Des questions laissées en suspens : un hôpital en état d'urgence.....	45
B. DES DISPOSITIONS AXÉES SUR L'ACCÈS AUX SOINS, LA PERTINENCE ET L'INNOVATION : DES AVANCÉES EN DEMI-TEINTE.....	47
<b>TROISIÈME PARTIE – SECTEUR MÉDICO-SOCIAL .....</b>	<b>51</b>
<b>I. LE FINANCEMENT DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL.....</b>	<b>52</b>
A. LES DÉPENSES DE SOINS EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX : UN ONDAM AU RYTHME D'ÉVOLUTION RALENTI, DONT LE NIVEAU APPELLE LE RELAIS DES RESSOURCES PROPRES DE LA CNSA.....	52
1. La tendanciel des dépenses de soins du secteur médico-social : une construction contestable, des mesures nouvelles en diminution .....	52
2. L'aggravation de la sous-consommation de l'Ondam médico-social en 2018.....	54
3. L'évolution de l'Ondam médico-social : un ralentissement qui appelle le relais des ressources propres de la CNSA .....	55
B. LES COMPTES DE L'OPÉRATEUR FINANCIER : LA CNSA BIENTÔT À COURT DE TRÉSORERIE.....	58
1. L'exécution 2017 : les dépenses engagées non consommées à un niveau toujours inquiétant.....	58
2. L'exécution 2018 : une importante aggravation du déficit de la CNSA .....	59
3. Les prévisions pour 2019 .....	61
a) D'importants prélèvements à venir sur la trésorerie de la CNSA .....	61
b) Une modification des ressources propres de la CNSA .....	61
<b>II. LA RÉFORME TARIFAIRE DU SECTEUR DU GRAND ÂGE : LE PLUS DUR RESTE À VENIR .....</b>	<b>65</b>
A. UN CYCLE DE TRAVAUX EN 2018 A VISÉ À L'OBJECTIVATION DE L'IMPACT RÉEL DE LA RÉFORME TARIFAIRE DES EHPAD .....	65
B. LE RAPPORT RICORDEAU : DIAGNOSTIC ET PORTÉE .....	67
1. Un diagnostic qui rejoint à bien des égards les conclusions de la commission des affaires sociales.....	67
2. Un objet limité et une orientation stratégique qui reste contestable.....	69

<b>QUATRIÈME PARTIE - ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES.....</b>	<b>73</b>
<b>I. UNE SITUATION FINANCIÈRE EXCÉDENTAIRE DURABLE .....</b>	<b>73</b>
<b>A. LA BONNE SANTÉ FINANCIÈRE DE LA BRANCHE AT-MP, TOUJOURS EXCÉDENTAIRE .....</b>	<b>73</b>
1. <i>L'exercice 2017 : un résultat positif qui s'est accru sous l'effet de la conjoncture .....</i>	74
2. <i>L'exercice 2018 : un fléchissement de l'excédent .....</i>	75
3. <i>L'exercice 2019 : un solde tendanciel excédentaire d'un milliard d'euros .....</i>	76
4. <i>Une branche aux fondamentaux solides.....</i>	76
a) <i>Un endettement entièrement résorbé.....</i>	76
b) <i>Une nouvelle baisse du taux net moyen de cotisation écartée par le             Gouvernement .....</i>	77
<b>B. UNE REVALORISATION DES RENTES AT-MP INFÉRIEURE À L'INFLATION EN 2019 ET 2020.....</b>	<b>79</b>
<b>C. UNE AMÉLIORATION DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE BASE AUTRES QUE LE RÉGIME GÉNÉRAL.....</b>	<b>81</b>
<b>II. UNE MUTUALISATION CROISSANTE DES DÉPENSES QUI FRAGILISE LA VOCATION ASSURANTIELLE ET PRÉVENTIVE DE LA BRANCHE.....</b>	<b>82</b>
<b>A. UNE MUTUALISATION CROISSANTE DES DÉPENSES, QUI NE FAVORISE PAS LA RESPONSABILISATION DES ENTREPRISES .....</b>	<b>83</b>
1. <i>Les contributions aux fonds amiante .....</i>	86
2. <i>La dotation à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP .....</i>	88
a) <i>Un transfert maintenu artificiellement à un milliard d'euros .....</i>	88
b) <i>Les facteurs de sous-déclaration des maladies professionnelles.....</i>	89
3. <i>L'imputation de dépenses au compte spécial .....</i>	92
<b>B. UNE MONTÉE EN CHARGE DES TRANSFERTS OPÉRÉS EN 2018 QUI POURRAIT SE POURSUIVRE DANS LES ANNÉES À VENIR.....</b>	<b>94</b>
1. <i>Le compte professionnel de prévention et l'élargissement du dispositif de retraite         anticipée.....</i>	94
2. <i>L'intégration du solde de la branche AT-MP des marins .....</i>	96
3. <i>L'enjeu à venir de l'indemnisation des victimes du chlordécone .....</i>	96
<b>C. UNE PROCÉDURE DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES PERFECTIBLE.....</b>	<b>98</b>
1. <i>Deux voies de reconnaissance.....</i>	98
2. <i>Des procédures en cours d'amélioration .....</i>	99
3. <i>L'enjeu de la mobilisation du corps médical.....</i>	100
<b>D. L'IMPÉRATIF RENFORCEMENT DE LA LOGIQUE ASSURANTIELLE ET PRÉVENTIVE DE LA BRANCHE AT-MP.....</b>	<b>101</b>
1. <i>Réduire la part mutualisée du taux de cotisation .....</i>	101
2. <i>Mettre à profit les excédents de la branche AT-MP pour renforcer les actions de         prévention .....</i>	102
a) <i>Privilégier une augmentation du taux de cotisation maladie et une baisse à             due concurrence du taux de cotisation AT-MP .....</i>	102
b) <i>Mettre à profit une part de l'excédent de la branche au développement de la             prévention .....</i>	103

<b>CINQUIÈME PARTIE - ASSURANCE VIEILLESSE</b> .....	107
<b>I. LA BRANCHE VIEILLESSE DANS LE PLFSS POUR 2019 : UNE TRAJECTOIRE FINANCIÈRE FORTEMENT CORRIGÉE SUR LA PÉRIODE 2017-2022</b> .....	107
<b>A. LE SOLDE DE LA BRANCHE VIEILLESSE S'EST DÉGRADÉ EN 2018 PAR RAPPORT À 2017, POUR LA PREMIÈRE FOIS DEPUIS 2010</b> .....	108
1. <i>Des écarts de solde significatifs entre les LFSS pour 2017 et 2018 et le PLFSS pour 2019</i> .....	108
a) Des soldes présentant des écarts significatifs pour les années 2017 et 2018... ..	108
b) ... qui s'expliquent principalement par un manque de sincérité de la LFSS pour 2017 et une révision des hypothèses économiques associées au PLFSS pour 2019.....	108
2. <i>Les régimes de base en 2017 et 2018</i> .....	109
a) Des recettes dynamiques en raison de la hausse des taux de cotisation et de la progression soutenue de la masse salariale .....	109
b) Des dépenses bénéficiant jusqu'en 2017 de la réforme des retraites de 2010 .....	110
3. <i>Le recentrage du FSV sur sa mission de financement des dispositifs non contributifs de la branche vieillesse contribue à améliorer son résultat en 2017 et 2018</i> .....	111
a) Les recettes et les dépenses du FSV se stabilisent en 2018.....	111
b) Malgré une réduction de son déficit en 2017 et 2018, le FSV fait porter à l'Acoss près de 9 milliards d'euros de dette fin 2018 .....	113
<b>B. À PARTIR DE 2019, LE GOUVERNEMENT FERA PESER SUR LES SEULS RETRAITÉS ACTUELS LA CHARGE DU REDRESSEMENT DE LA TRAJECTOIRE FINANCIÈRE DE LA BRANCHE VIEILLESSE</b> .....	114
1. <i>Le PLFSS pour 2019 présente une perspective corrigée du solde de la branche vieillesse pour les années 2019 à 2022</i> .....	114
2. <i>Les régimes de base en 2019 : des dépenses considérablement et durablement freinées</i> .....	115
3. <i>Vers un retour à l'équilibre du FSV en 2022 ?</i> .....	118
<b>II. LA SOUS-REVALORISATION DES PENSIONS INTERROGE LE RESPECT DES TROIS OBJECTIFS FIXÉS PAR LA LOI AU SYSTÈME DE RETRAITE</b> .....	119
<b>A. LA SOUS-REVALORISATION DES PENSIONS MENACE-T-ELLE L'OBJECTIF D'ASSURER UN NIVEAU DE VIE SATISFAISANT AUX RETRAITÉS ?</b> .....	119
1. <i>Une conséquence sur le revenu disponible des retraités</i> .....	119
2. <i>... mais qui ne devrait pas remettre en cause leur niveau de vie relatif... à court terme</i> .....	121
<b>B. LA SOUS-REVALORISATION DES PENSIONS MENACE-T-ELLE L'OBJECTIF D'ÉQUITÉ EN RÉDUISANT L'ÉCART ENTRE LE MINIMUM VIEILLESSE ET LE MONTANT D'UNE PENSION OBTENUE APRÈS UNE CARRIÈRE AU SMIC ?</b> .....	123
1. <i>Une revalorisation du minimum vieillesse beaucoup plus dynamique que celle des pensions depuis la fin des années 2000</i> ... ..	123
2. <i>... qui interroge l'écart avec la pension servie après une carrière au SMIC</i> .....	124
<b>C. AU REGARD DE L'OBJECTIF DE PÉRENNITÉ FINANCIÈRE DU SYSTÈME, LA SOUS-REVALORISATION AUGURE-T-ELLE LA VOLONTÉ DU GOUVERNEMENT D'AGIR EXCLUSIVEMENT SUR LE LEVIER DES PENSIONS POUR ÉQUILIBRER LES RETRAITES DANS LE CADRE DE LA RÉFORME À VENIR ?</b> .....	125
1. <i>Des dépenses de retraite stabilisées mais un déficit du système qui demeure au moins jusqu'en 2045</i> .....	125
2. <i>La baisse des pensions : un levier peu fréquemment utilisé depuis le début des années 1990</i> .....	127

<b>SIXIÈME PARTIE - BRANCHE FAMILLE</b> .....	129
<b>I. UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE FAMILLE AVEC DES EXCÉDENTS MOINS IMPORTANTS QUE PRÉVUS POUR 2018</b> .....	129
<b>A. LA BRANCHE DEMEURE EN DÉFICIT EN 2017 BIEN QUE CELUI-CI SOIT EN NETTE RÉSORPTION</b> .....	129
1. <i>Une décennie de déficits progressivement résorbés</i> .....	129
2. <i>Contrairement aux prévisions, l'exercice 2017 demeure déficitaire</i> .....	130
<b>B. L'EXERCICE 2018 DEVRAIT MARQUER LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE FAMILLE</b> .....	131
1. <i>Des recettes en augmentation</i> .....	131
2. <i>Des dépenses relativement stables</i> .....	132
3. <i>Un excédent moins important que prévu</i> .....	133
<b>II. LA BRANCHE FAMILLE CONNAÎTRAIT UN IMPORTANT EXCÉDENT EN 2019, AU PRIX D'UNE FAIBLE REVALORISATION DES PRESTATIONS</b> .....	134
<b>A. LE PLFSS PRÉVOIT UN EXCÉDENT À 1,2 MILLIARD D'EUROS POUR 2019 SUIVI D'UN STRICT ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE JUSQU'EN 2022</b> .....	134
1. <i>L'exercice 2019 serait marqué par un excédent significatif</i> .....	134
a) <i>Le solde tendanciel atteindrait 1,7 milliard d'euros en 2019</i> .....	134
b) <i>L'effet du PLFSS 2019 conduit à prévoir un solde à 1,2 milliard d'euros</i> .....	134
2. <i>Les perspectives pluriannuelles affichent un strict équilibre de la branche à horizon 2022</i> .....	135
<b>B. MALGRÉ UNE PRÉVISION D'EXCÉDENT SIGNIFICATIF, LES MESURES CONCERNANT LA FAMILLE POUR 2019 SONT MODESTES ET MARQUÉES PAR UNE SOUS-REVALORISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES</b> .....	136
1. <i>La sous-revalorisation des prestations familiales à 0,3 %</i> .....	136
a) <i>Une baisse des prestations familiales en euros constants</i> ... ..	136
b) <i>... alors qu'un renforcement du soutien aux familles pourrait être engagé</i> .....	137
2. <i>Les autres mesures, concentrées sur le soutien à la garde d'enfants, auront un impact limité</i> .....	138
3. <i>Les chantiers de « contemporanéisation » des prestations seront à réaliser dans un contexte contraint pour les caisses d'allocations familiales</i> .....	140
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION - AUDITIONS</b> .....	143
• <b>Mme Agnès Buzyn</b> , ministre des solidarités et de la santé, et <b>M. Gérald Darmanin</b> , ministre de l'action et des comptes publics.....	143
• <b>M. Didier Migaud</b> , Premier président de la Cour des comptes.....	173
• <b>MM. Gérard Rivière</b> , président du conseil d'administration, et <b>Renaud Villard</b> , directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse .....	193
• <b>Mme Isabelle Sancerni</b> , présidente du conseil d'administration, et <b>M. Vincent Mazauric</b> , directeur général, de la Caisse nationale d'allocations familiales .....	203
• <b>M. Yann-Gaël Amghar</b> , directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale .....	213
• <b>M. Jean-Paul Delevoye</b> , haut-commissaire à la réforme des retraites .....	221
• <b>M. Nicolas Revel</b> , directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés .....	236
• <b>Mme Marine Jeantet</b> , directrice des risques professionnels de la Caisse nationale d'assurance maladie.....	265
<b>LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS</b> .....	271



## LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

### Équilibres financiers généraux

(rapporteur général : M. Jean-Marie Vanlerenberghe)

**Pour l'année 2018, l'amélioration des comptes de la sécurité sociale, portée par une conjoncture économique favorable, s'est confirmée :** le déficit consolidé des régimes obligatoires de base (ROBSS) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) devrait être ramené à 1,4 milliard d'euros, contre 4,8 milliards en 2017. La forte augmentation des recettes, sous l'effet du dynamisme de la masse salariale, constitue le principal facteur d'explication de cette amélioration.

**L'année 2019 constituera une étape-clé de plusieurs points de vue.**

En premier lieu, **pour la première fois depuis 2001, le PLFSS déposé par le Gouvernement présente des comptes de la sécurité sociale en excédent**, certes modeste, tant sur le périmètre régime général + FSV (0,7 milliard d'euros) que pour l'ensemble constitué par les ROBSS et le FSV (0,4 milliard d'euros). S'il convient de se féliciter de ce retour à l'équilibre, certains des moyens proposés par le Gouvernement pour y parvenir, comme le **quasi-gel d'un très grand nombre de prestations sociales, dont les pensions de retraite, en 2019 et 2020, ne sont pas acceptables pour votre commission**, qui formulera d'autres propositions.

En deuxième lieu, **la structure des recettes de la sécurité sociale sera, une nouvelle fois, modifiée par la mise en place des allègements de cotisations et contributions sociales qui remplaceront le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE)**. L'année prochaine, les cotisations et contributions ne devraient ainsi plus représenter que 52,2 % des recettes du régime général contre 45,5 % pour les impositions de toutes natures.

En troisième lieu, **ce PLFSS traduit pour la première fois certains principes figurant dans le rapport du Gouvernement sur « la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale »** : absence de compensation des principales nouvelles mesures diminuant les recettes de la sécurité sociale et diminution programmée et relativement arbitraire des flux de TVA vers la sécurité sociale à partir de 2020. À cet égard, si votre commission reconnaît que l'État peut tirer profit de l'amélioration des comptes sociaux, **il n'est pas acceptable d'opérer des ponctions sur des excédents qui n'existent pas encore, et sans accord politique sur les principes** qui guideront, à l'avenir, les relations État - sécurité sociale.

Enfin, le transfert proposé de 15 milliards d'euros de dette à la Cades sans remettre en cause son extinction en 2024 est une bonne chose, même si ce transfert est partiel et tardif. Néanmoins, il ne règle pas la question de l'amortissement de la dette restant logée à l'Acoss (11,5 milliards d'euros à fin 2018 en tenant compte des futurs transferts).

### **Assurance maladie**

*(rapporteur : Mme Catherine Deroche)*

En situation de déficit chronique depuis plus de vingt ans, la branche maladie verrait son **solde passer sous la barre du milliard d'euros de déficit en 2018 et 2019**, une première depuis 1999, en bénéficiant notamment d'une forte dynamique des recettes qui lui sont affectées. **Le taux de progression de l'Ondam est porté, à titre exceptionnel, à + 2,5% pour 2019** alors qu'il devait s'établir à + 2,3% sur la période 2018-2022. Cet effort, qui représente 400 millions d'euros de dépenses supplémentaires, vise à accompagner la mise en place du plan « Ma Santé 2022 » présenté en septembre par le Gouvernement.

Si elle salue ces résultats et cette ambition, votre commission constate cependant que le mode de pilotage et de régulation des dépenses de santé atteint, à plusieurs égards, les limites de l'exercice. Le respect global de l'Ondam masque des **maux persistants** qui affectent notre système de santé. En particulier, **la situation fragilisée des établissements hospitaliers** constitue un point de vigilance auquel le projet de loi de financement n'apporte pas de réponse adéquate.

Dans ce contexte, la commission a décidé de soutenir un certain nombre d'avancées esquissées par le projet de loi de financement tout en considérant que ces mesures peinaient encore à former un cap clair et lisible en faveur de la transformation - nécessaire - de notre système de santé.

### **Secteur médico-social**

*(rapporteur : M. Bernard Bonne)*

Le niveau de l'Ondam médico-social exécuté en 2018 s'établit à environ 20,3 milliards d'euros, soit 200 millions d'euros de moins que le montant initialement engagé l'an dernier. Cette sous-consommation s'explique essentiellement par la mobilisation infra-annuelle des crédits médico-sociaux au profit d'opérations d'ajustement de l'Ondam global. Elle est compensée par un recours systématique à la trésorerie de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui assure le versement des dotations de soins aux établissements et services médico-sociaux.

L'objectif global de dépenses (OGD), composé de l'Ondam médico-social ainsi que d'une fraction des ressources propres de la CNSA, s'élève à plus de 22 milliards d'euros en 2018, marquant une hausse de 2,52 %. Il atteste d'un dynamisme plus marqué des ressources fiscales consacrées aux dépenses de soins de la perte d'autonomie et du handicap que des ressources d'assurance maladie.

Le PLFSS ne contient, pour son volet médico-social, que deux dispositions visant, pour l'une, à instaurer un parcours de bilan et intervention précoce à destination des enfants présentant un trouble du neuro-développement et, pour l'autre, à accélérer le rythme de la convergence tarifaire des forfaits soins attribués aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

### **Accidents du travail et maladies professionnelles**

*(rapporteur : M. Gérard Dériot)*

Depuis qu'elle a renoué avec un résultat positif en 2013, la branche AT-MP cumule les excédents si bien que **son solde cumulé pourrait atteindre, en 2018, 2,5 milliards d'euros** et avoisiner les 5 milliards d'euros en 2020, selon les projections du PLFSS. Cette bonne santé financière durable tient à la **baisse tendancielle de la sinistralité** et à l'augmentation du produit des cotisations sous l'effet du **dynamisme de la masse salariale**.

Dans ces conditions, **votre commission a regretté le choix du Gouvernement d'écarter à partir de 2019 toute nouvelle baisse du taux de cotisation AT-MP**, à rebours de la logique assurantielle sur laquelle repose la branche. Le produit des cotisations AT-MP devrait ainsi progresser en 2019 de près de 4 % quand les recettes de l'ensemble des régimes de base et du FSV ne croîtront que de 2,3 %.

Votre commission plaide par conséquent pour une diminution du taux de cotisation AT-MP afin de tenir compte de la baisse de la sinistralité et des efforts déployés par les entreprises en matière de prévention.

Enfin, elle a réitéré ses réserves sur les **modalités de détermination de la contribution à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP**, maintenue à un milliard d'euros pour la cinquième année consécutive.

### **Assurance vieillesse**

*(rapporteur : M. René-Paul Savary)*

Le PLFSS pour 2019 **corrige fortement la trajectoire financière de la branche vieillesse** (régimes de base d'assurance vieillesse et Fonds de solidarité vieillesse) sur la **période 2017-2022** par rapport à la LFSS pour 2018. Pour les années 2017 (- 900 millions d'euros de déficit) et 2018 (- 1,7 milliard d'euros de déficit estimé), l'amélioration du solde s'explique par une **réévaluation des hypothèses économiques associées à ce PLFSS** en particulier les prévisions de croissance économique et de masse salariale qui ont gonflé les recettes. Pour les années 2019 (- 1,5 milliard d'euros de déficit estimé) à 2022, la forte correction du solde résulte directement **de l'article 44 de ce projet de loi** qui propose de **ne revaloriser les prestations sociales, au premier rang desquelles les pensions de retraite, que de 0,3 % dans un contexte de reprise de l'inflation**.

Cette mesure permettra d'économiser 2 milliards d'euros en 2019 et 3,8 milliards d'euros en 2020 sur le seul champ de la retraite. Un an après la hausse de 1,7 point de CSG non compensée pour les retraités et une année 2018 déjà marquée par une absence de revalorisation, le Gouvernement confirme avec **ce puissant coup de rabot** sa volonté de faire porter **la charge d'ajustement du système de retraite sur les seuls retraités**.

Considérant cette mesure comme **contraire à la nécessité d'un pilotage équilibré du système des retraites**, votre commission a rejeté la sous-revalorisation proposée pour indexer l'ensemble des prestations sociales sur l'inflation estimée pour 2019 afin de protéger le pouvoir d'achat des retraités. Elle a par ailleurs adopté un **amendement reculant l'âge légal de départ à la retraite à 63 ans à compter du 1<sup>er</sup> mai 2020**, seule option crédible pour **équilibrer durablement** le système de retraite et **permettre aux retraités de disposer d'une retraite décente**.

#### Famille

*(rapporteur : Mme Élisabeth Doineau)*

**La branche famille devrait renouer avec l'équilibre de ses comptes en 2018**, avec un solde positif à 0,4 milliard d'euros, ce qu'elle n'avait pas connu depuis dix ans. Cette résorption progressive des déficits de la branche est le fruit d'importantes économies qui ont limité les dépenses en faveur des familles ces cinq dernières années. Ainsi, la modulation des allocations familiales en fonction des revenus permet à la branche de réaliser une économie de 760 millions d'euros par an depuis 2015.

**Pour l'année 2019, le solde de la branche devrait connaître un excédent significatif à 1,2 milliard d'euros**

La principale mesure en dépenses concernant la branche consiste à **sous-revaloriser l'ensemble des prestations familiales à 0,3 % pour 2019 et 2020**. Cette mesure d'économie, évaluée à 260 millions d'euros pour 2019, constituera une perte de pouvoir d'achat pour les familles, compte tenu des prévisions d'inflation. Opposée à cette mesure, la commission a souhaité revaloriser les prestations familiales au niveau de l'inflation estimée pour 2019.

Les autres mesures en dépenses auront un impact non significatif sur les comptes de la branche en 2019 et votre commission s'est prononcée en leur faveur. Elles concernent principalement le **complément de mode de garde** qui sera, d'une part, majoré pour les familles bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et, d'autre part, étendu à taux plein au titre d'un enfant né en début d'année et qui aura atteint l'âge de trois ans avant son entrée à l'école maternelle.

## PREMIÈRE PARTIE ÉQUILIBRES FINANCIERS GÉNÉRAUX

### I. UN RÉTABLISSEMENT DES COMPTES PLUS MARQUÉ QUE PRÉVU EN 2018

Après une année 2017 marquée par le retour à l'équilibre des comptes de l'ensemble des administrations de sécurité sociale (ASSO), au sens du traité de Maastricht<sup>1</sup>, l'exercice 2018 devrait se traduire par une consolidation de cette tendance, avec, en particulier, un solde du régime général en amélioration plus rapide que prévu par la loi de financement de la sécurité sociale adoptée l'année dernière.

Selon les informations transmises à votre rapporteur général, le **solde des ASSO devrait ainsi atteindre 13,8 milliards d'euros en 2018 (soit + 0,6 % du PIB)**. Le passage entre le solde du régime général et du FSV qui sera étudié ci-après et le solde des ASSO est résumé par le tableau suivant :

#### Passage du solde du régime général et du FSV au solde des ASSO en 2018

*(en milliards d'euros)*

	Solde prévu pour 2018
Régime général + FSV en PLFSS	- 1,0
Régime général + FSV en comptabilité nationale*	+ 0,6
CADES + FRR	+ 12,9
Autres régimes de sécurité sociale	+ 0,2
- dont Unédic	- 1,5
- dont régimes complémentaires (Agirc-Arrco, Ircantec, Efrap...)	+ 1,7
ODASS (organismes dépendant des administrations de sécurité sociale, principalement hôpitaux)	+ 0,1
Solde ASSO en comptabilité nationale	+13,8

\* Prenant en compte les dotations et reprises aux amortissements et aux provisions et ne tenant pas compte des prélèvements sur réserves.

Source : Direction générale du Trésor

<sup>1</sup> Le périmètre des ASSO est plus vaste que celui des lois de financement de la sécurité sociale, qui ne contiennent pas de données consolidées au niveau des ASSO. Il intègre notamment la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), dont les excédents, de l'ordre de 15 milliards d'euros, représentent une grande part de l'excédent global des ASSO.

## A. LE RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN APPROCHE DE L'ÉQUILIBRE

### 1. Un déficit ramené à 1 milliard d'euros

L'article 5 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose une rectification des prévisions de recettes, des objectifs de dépenses et de solde du régime général de la sécurité sociale que retrace le tableau suivant :

**Tableau d'équilibre rectifié par branche du régime général de la sécurité sociale pour 2018**

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	201,4	211,3	- 0,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,8	12,0	0,8
Vieillesse	134,5	133,7	0,8
Famille	50,5	50,1	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	395,2	394,1	1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	394,6	395,7	- 1,0

Source : PLFSS 2019

**Le déficit consolidé du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) serait donc ramené à 1 milliard d'euros à la fin de l'année en cours.**

**Au niveau de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS), qui intègre les divers régimes spéciaux de sécurité sociale, en particulier de retraite, le déficit global, y compris FSV, s'établirait à 1,4 milliard d'euros pour 2018.** L'écart provient intégralement de la branche vieillesse, notamment de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités territoriales (CNRACL), qui devrait afficher un déficit de 662 millions d'euros en 2018.

Dans un cas comme dans l'autre, **il s'agit d'une amélioration conséquente par rapport à 2017.** L'arrêté des comptes de cet exercice, auquel procède l'article 1<sup>er</sup> du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, affiche encore ainsi un déficit **de 5,1 milliards d'euros pour le régime général et le FSV** (4,8 milliards d'euros sur l'ensemble ROBSS + FSV).

## 2. Une amélioration plus sensible que prévu en LFSS 2018

En outre, cette amélioration est plus forte qu'escompté lors de l'examen du PLFSS 2018. **Le déficit prévisionnel s'établissait alors à 2,2 milliards d'euros**, tant sur le périmètre « régime général + FSV » que pour les ROBSS et le FSV.

Dans le détail, **toutes les branches affichent un excédent, à l'exception de la branche maladie (-0,9 milliard d'euros) et du Fonds de solidarité vieillesse**, dont le solde de - 2,2 milliards d'euros est tout de même nettement meilleur que le déficit prévisionnel de 3,5 milliards d'euros adopté en LFSS pour 2018.

Le **dynamisme des recettes**, plus fort que prévu et principalement tiré par l'augmentation de la masse salariale du secteur privé (+ 3,5 %), est le principal facteur explicatif de cette tendance. En effet, au sein du périmètre régime général + FSV, celles-ci devraient **progresser de 4,8 % par rapport à 2017**, soit un niveau supérieur à la prévision de la LFSS pour 2018.

Ce dynamisme s'est révélé supérieur à celui des dépenses, qui devraient tout de même augmenter de 3,7 % en 2018, soit, là aussi, un niveau un peu supérieur à ce qui figurait dans la dernière LFSS.

Le tableau ci-après permet la comparaison, en recettes et en dépenses, de la réalisation de l'exercice 2017 et des prévisions pour 2018 au niveau du régime général et du FSV.

### Les recettes, les dépenses et le solde du régime général en 2017 et 2018

(en milliards d'euros)

	Réalisé 2017	Prévision initiale pour 2018	Prévision rectifiée pour 2018	Prévision rectifiée 2018 vs réalisé 2017	Prévision rectifiée 2018 vs prévision initiale
<b>Recettes</b>	376,5	392,5	394,6	+ 4,8 %	+ 0,5 %
<b>Dépenses</b>	381,6	394,8	395,7	+ 3,7 %	+ 0,2 %
<b>Solde</b>	- 5,1	- 2,2	- 1,0	- 80,4 %	- 54,5 %

Sources : LFSS 2018 et PLFSS 2019

Il convient néanmoins de noter que le déficit rectifié pour 2018 est plus fort que celui que prévoyait la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport du mois de septembre 2018. L'écart s'explique par l'insertion dans le PLFSS 2019<sup>1</sup> d'une mesure de non-compensation, pour l'exercice 2018, du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS), pour environ 600 millions d'euros.

<sup>1</sup> Il s'agit du II de l'article 5 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

## B. UN REDRESSEMENT DES COMPTES ISSU D'UNE FORTE AUGMENTATION DES RECETTES ET D'EFFORTS EN DÉPENSES

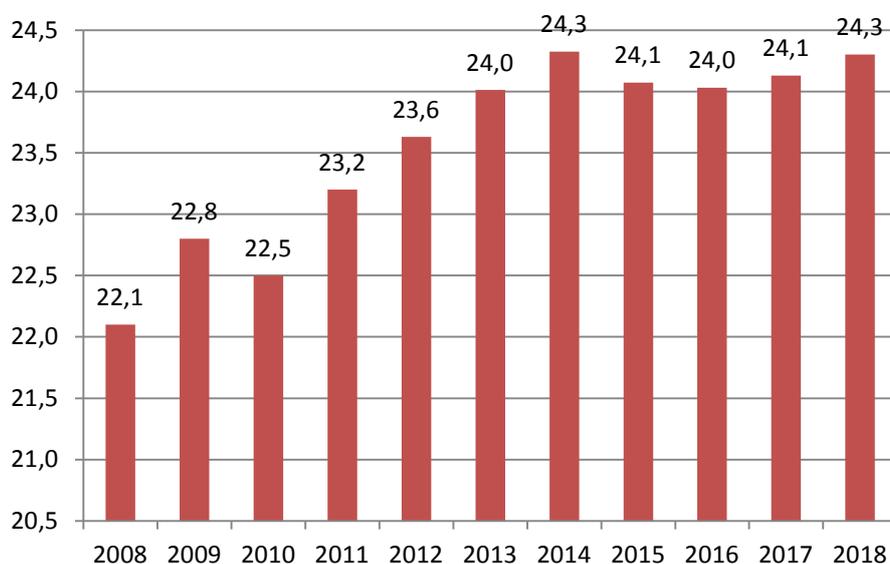
En remettant en perspective la dynamique de moyen terme du redressement en cours des comptes de la sécurité sociale, il est à souligner que celui-ci s'est appuyé à la fois sur une progression des recettes et sur des mesures de maîtrise des dépenses.

### 1. Évolution des recettes

Comme votre rapporteur général l'a déjà souligné dans de précédents rapports, l'effort de la Nation pour parvenir à redresser les comptes sociaux a été conséquent.

Cet effort se matérialise par la hausse très sensible de la part du PIB que représentent les prélèvements obligatoires en faveur des ASSO, dont rend compte le graphique suivant.

**Prélèvements obligatoires au profit des ASSO**  
(en % du PIB)



Sources : Insee et programme de stabilité 2018-2022

En 2018, la part des prélèvements obligatoires en faveur des ASSO devrait donc égaler son record de 2014, avant de décroître légèrement en 2019. Surtout, depuis dix ans, on observe une tendance haussière très marquée de ces prélèvements, dont la part dans le PIB a augmenté de plus de deux points.

À cet égard, la Cour des comptes, dans son rapport de septembre 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, a décrit les quelque **37 milliards d'euros de hausse desdits prélèvements** qu'elle a relevés entre 2000 et 2016, qui correspondaient :

- pour près de **11 milliards d'euros, à des augmentations de taux et à des élargissements de l'assiette des cotisations sociales**, essentiellement en faveur des branches vieillesse (8,5 milliards d'euros) et AT-MP (1,2 milliard d'euros) ;

- pour près de **14,5 milliards d'euros, à l'accroissement de prélèvements sociaux**, notamment sur les revenus du capital (7 milliards d'euros) et l'épargne salariale (dont le forfait social pour plus de 3 milliards d'euros) ;

- pour près de **6,5 milliards d'euros, à des mesures nouvelles concernant les autres impôts et taxes affectés à la sécurité sociale** ;

- pour plus de **5 milliards d'euros, à des mesures fiscales sur impôts d'État dont le rendement a été rétrocédé à la sécurité sociale** en dehors de la compensation d'allègements de cotisations.

Elle a par ailleurs souligné, dans le même rapport, qu'en comparant la situation des années 2000 et 2016, le montant des recettes affectées par l'État à la sécurité sociale en compensation d'allègements de cotisations et de contributions sociales<sup>1</sup> dépassait le montant desdits allègements de quelque 3 milliards d'euros, augmentant d'autant le solde net des comptes de la sécurité sociale à la fin de 2016 (et dégradant d'autant celui de l'État)<sup>2</sup>.

## **2. Des dépenses contenues bien qu'en progression constante**

Cet indéniable effort en matière de recettes ne doit cependant pas éluder ce qui a été parallèlement entrepris en matière de dépenses.

Si toutes les branches de la sécurité sociale ont été concernées, deux méritent tout particulièrement d'être mises en lumière au vu des masses financières en jeu.

S'agissant de la **branche vieillesse**, les différents aménagements entrepris depuis 2010, en particulier le passage à 62 ans de l'âge légal de départ à la retraite et à 67 ans de l'âge d'annulation de la décote<sup>3</sup> ont eu un effet massif.

---

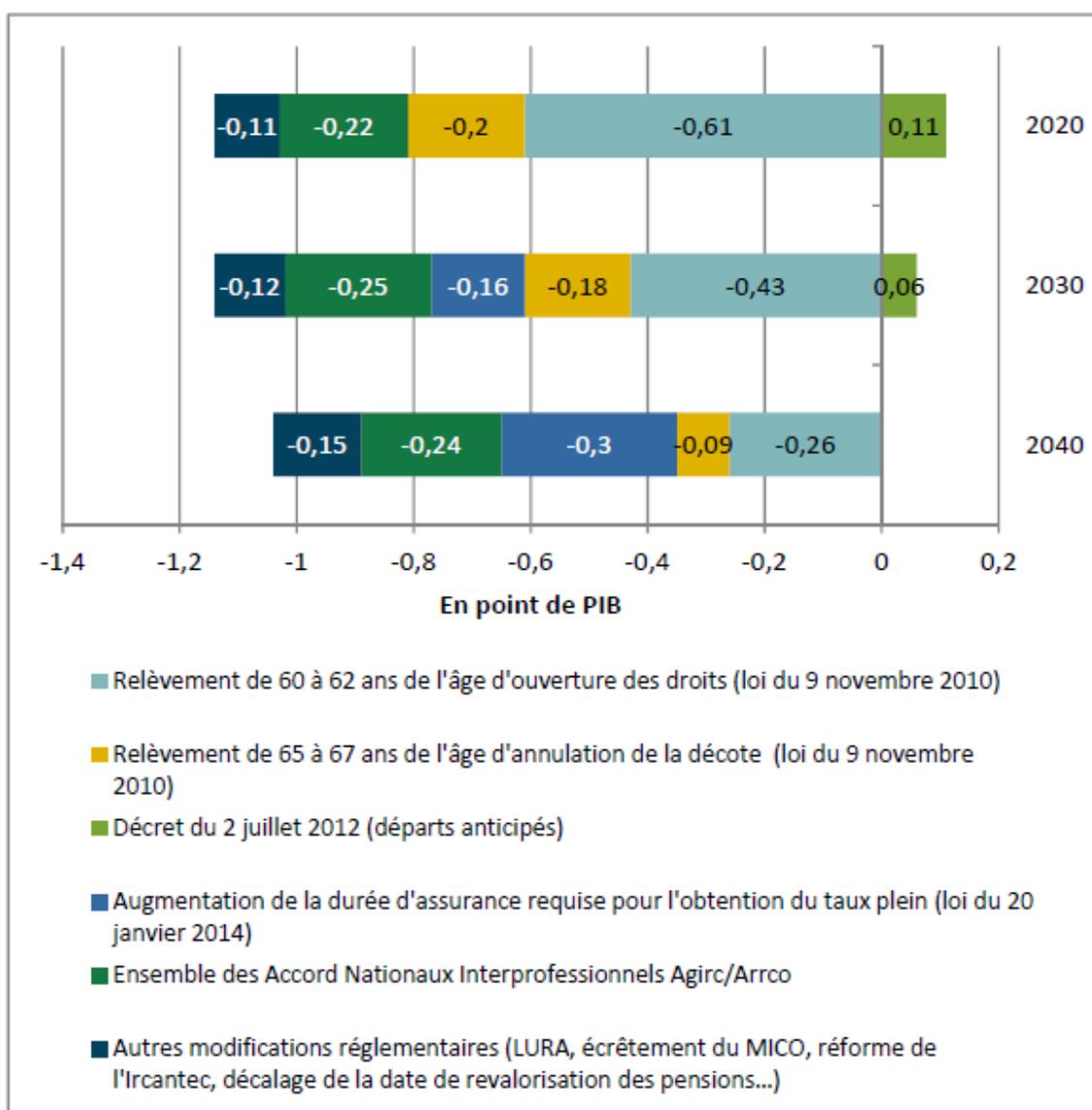
<sup>1</sup> Conformément au principe défini à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Selon la Cour des comptes, le montant des allègements a augmenté de 24,5 milliards d'euros entre 2000 et 2016 tandis que celui des compensations a progressé de 27,5 milliards d'euros sur la même période.

<sup>3</sup> Ces deux mesures sont issues de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

Une étude publiée par la DREES en décembre 2016 évalue ainsi l'effet global en 2020 des différentes mesures adoptées entre 2010 et 2015 à 24,1 milliards d'euros (valeur 2016) de baisse de dépenses, soit 1,02 points de PIB à cette échéance. S'y ajoutent, en recettes, selon la même étude, 13,3 milliards d'euros (valeur 2016) de cotisations supplémentaires collectées à l'horizon 2020.

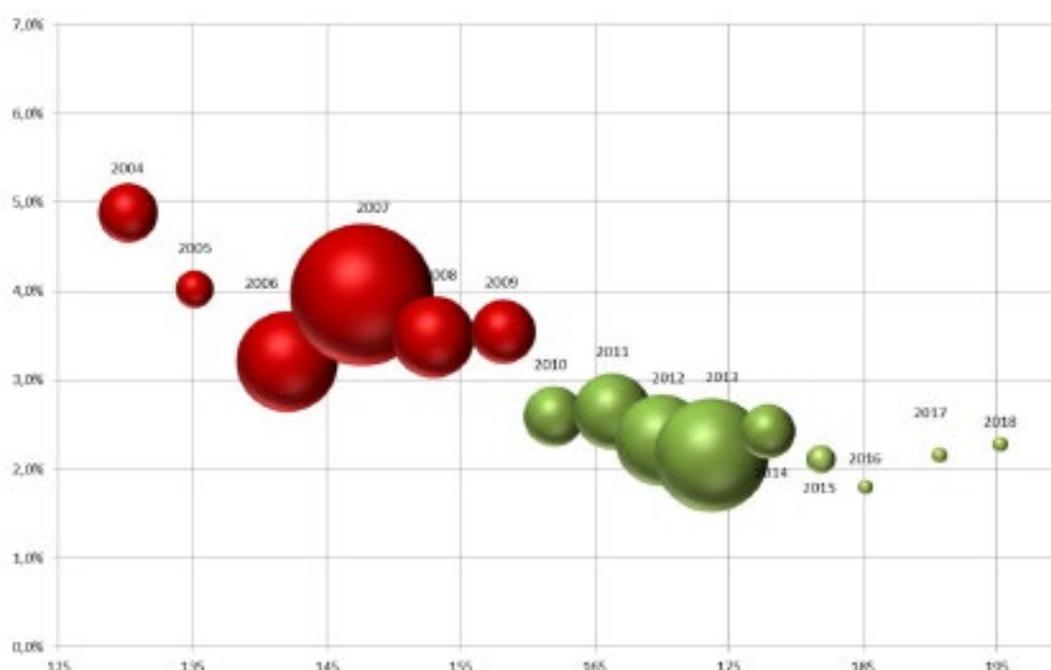
**Effet en dépenses des régimes de retraite en 2020, 2030 et 2040  
des mesures adoptées entre 2010 et 2015 (en points de PIB)**



Source : DREES

Pour ce qui concerne la branche maladie, et malgré les évidentes limites de cet indicateur, **le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) depuis 2010 doit être souligné**, d'autant que la progression annuelle de l'objectif a tendanciellement diminué depuis cette même date, pour se stabiliser un peu au-dessus de 2 %. Le contraste avec la période précédente est évident et est mis en valeur par le graphique ci-dessous, extrait de l'annexe 7 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

#### Niveaux et dépassements de l'Ondam depuis 2004



Note de lecture en abscisses figure le niveau des dépenses constatées en milliards d'euros et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert). Ainsi, en 2017, les dépenses totales dans le champ de l'Ondam atteindraient 190,7 milliards d'euros, soit une évolution à périmètre constant de 2,2 %.

Source : Annexe 7 du PLFSS 2019

**Malgré ces actions réelles, les dépenses de la sécurité sociale augmentent chaque année de manière significative** (ainsi + 3,7 % en 2018, comme indiqué *supra*), notamment en raison des effets du vieillissement de la population française en matière de dépenses de pensions et de santé. Le retour programmé à **l'équilibre des comptes sociaux** du fait des efforts décrits précédemment ne saurait donc apparaître comme un objectif définitivement acquis mais, au contraire, comme **une conquête à confirmer chaque jour**.

## II. EN 2019, UN RETOUR AFFICHÉ À L'ÉQUILIBRE DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AU SEIN DE COMPTES PUBLICS EN NETTE DÉGRADATION PROVISOIRE

### A. L'ÉQUILIBRE AFFICHÉ DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2019

Pour la première fois depuis dix-huit ans s'agissant du régime général (y compris FSV), et même depuis vingt ans en se plaçant au niveau des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, le présent PLFSS affiche un léger excédent avant son examen par le Parlement.

Tableau d'équilibre par branche du régime général  
de la sécurité sociale pour 2019 (version conseil des ministres)

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	216,0	216,4	- 0,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,3	12,2	1,1
Vieillesse	137,6	136,9	0,7
Famille	51,5	50,3	1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	405,2	402,7	2,5
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	404,9	404,2	0,7

Source : PLFSS 2019

Ce fragile retour symbolique à l'équilibre des comptes sociaux<sup>1</sup> arrive, paradoxalement, une année où les comptes publics, dans leur ensemble, connaîtront une poussée ponctuelle de fort déficit - poussée qui a sans doute influencé certaines mesures figurant dans le présent projet de loi.

#### 1. Des recettes toujours en augmentation mais dont la structure poursuit sa mue

##### a) Des recettes toujours portées par le dynamisme de la masse salariale

Les recettes du régime général et du FSV **augmenteraient de 2,6 %** selon les prévisions du présent PLFSS, pour atteindre **404,9 milliards d'euros** en 2019.

<sup>1</sup> Sur le périmètre ROBSS + FSV, l'excédent prévu n'est même que de 0,4 milliard d'euros.

Cette augmentation n'est pas liée à des mesures nouvelles ; au contraire, comme cela sera détaillé ci-après, celles-ci, notamment par le jeu de mesures de diminutions de recettes non compensées, auront un effet modérateur d'une hausse qui aurait spontanément été de l'ordre de 3,1 %.

Le principal facteur d'évolution demeurera donc le dynamisme de la **masse salariale du secteur privé** qui, selon le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2019, **devrait progresser de 3,5 %** l'année prochaine -dont 1 % d'effet « emploi » et 2,5 % d'effet « salaire moyen par tête ».

Au niveau des branches, la situation apparaît contrastée, avec deux branches dont les recettes seraient en forte hausse :

- de + 7,2 % pour la branche maladie, qui reste déficitaire ;
- et, de manière plus surprenante, de + 3,9 % pour la branche AT-MP, malgré ses excédents récurrents.

L'augmentation des recettes serait toutefois plus modérée pour ce qui concerne les branches vieillesse (+ 2,3 %) et famille (+ 2 %). Quant aux recettes du FSV, elles diminueraient en 2019 (- 1,2 %), sous l'effet de la contraction prévue des revenus patrimoniaux sur laquelle est basée l'assiette de la fraction de CSG affectée au Fonds, dans la version initiale du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

#### *b) Le poids croissant des impositions par rapport aux cotisations*

L'année 2019 devrait marquer une étape importante dans l'évolution de la structure des recettes de la sécurité sociale, déjà observable depuis plusieurs années, à savoir **la diminution du poids relatif des cotisations et l'augmentation parallèle de la proportion des impositions de toute nature** dans ces mêmes recettes.

Ainsi, après la suppression des cotisations salariales d'assurance maladie en 2018, l'année 2019 devrait être marquée par la diminution de 6 points des cotisations patronales d'assurance maladie et par le renforcement des allègements généraux<sup>1</sup>. **Ces diminutions massives de recettes tirées des cotisations, de l'ordre de 22,5 milliards d'euros l'an prochain, seront compensées par l'augmentation de la fraction de TVA affectée par l'État à la sécurité sociale<sup>2</sup>.**

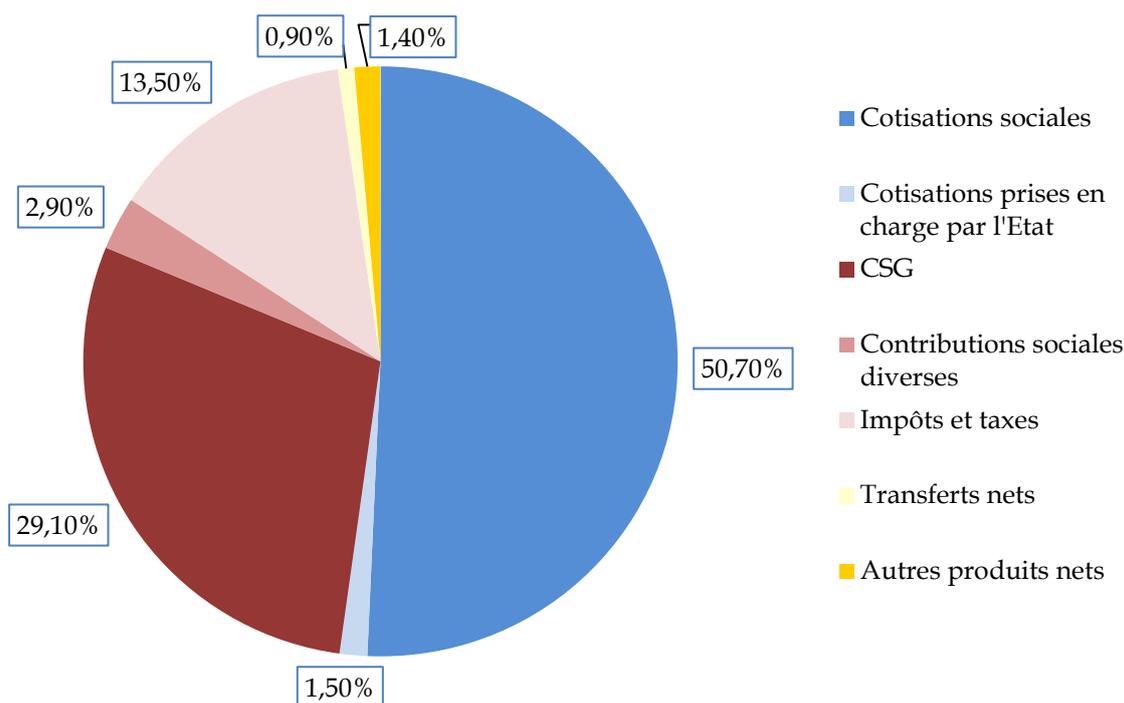
De ce fait, les rentrées prévisionnelles de cotisations sociales affichent une baisse de 4,4 % l'an prochain, à 207,8 milliards d'euros contre 217,3 milliards d'euros en 2017, alors même que, comme indiqué précédemment, la masse salariale du secteur privé devrait croître de 3,5 %. À l'inverse, les ressources fiscales dans leur ensemble augmenteraient de plus de 12 %, à 186,4 milliards d'euros, les « impôts et taxes » bondissant même de 45,9 % sous l'effet du transfert de TVA prévu à l'article 36 du projet de loi de finances.

<sup>1</sup> Cf. dans le tome II du présent rapport, le commentaire des articles 8 et 19 de ce PLFSS.

<sup>2</sup> Dans le cadre de l'article 36 du projet de loi de finances pour 2019.

Le graphique ci-après montre la répartition des recettes prévisionnelles de l'ensemble « régime général + FSV », au sein duquel les cotisations sociales *stricto sensu* ne représentent qu'un peu plus de la moitié de l'ensemble, les impositions de toute nature (dont la CSG) en représentant désormais 45,5 %.

### Composition prévisionnelle des recettes du régime général et du FSV en 2019



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Pour mémoire, en 2016, la proportion des cotisations sociales dans le financement du régime général et du FSV s'élevait encore à 57 % et celle des contributions, impôts et taxes à 40,5 %

**En outre, la même tendance s'observe désormais en se plaçant sur le champ plus large des ASSO, y compris dans le financement de risques considérés comme très « assurantiels », tels que l'assurance chômage ou les retraites complémentaires.**

Pour ce qui concerne l'Agirc-Arrco, en matière de retraites complémentaires, la compensation de l'intégration des contributions patronales dans les allègements généraux, compensée par l'Acoff qui percevra elle-même une fraction de TVA à cette fin, se traduira par un financement fiscal de fait à hauteur de 5,1 milliards d'euros.

En matière d'assurance chômage, le balancier s'est déjà porté sensiblement plus loin avec :

- la suppression totale des cotisations salariales, qui donnerait désormais lieu à compensation directe à l'Unédic au travers de l'affectation d'une fraction de CSG « activité », à hauteur de 14 milliards d'euros ;
- et l'intégration, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2019, des contributions des employeurs au sein des allègements généraux.

En année pleine, à **compter de 2020, ce sont donc près de 45 % des recettes de l'Unédic qui devraient ainsi provenir, directement ou indirectement, d'impositions de toute nature.**

Votre rapporteur général considère comme **particulièrement important que ces évolutions ne remettent pas en cause le sens de ce que sont la sécurité sociale et le concept même d'assurance sociale.** Comme cela sera développé dans le tome II du présent rapport, en particulier au sein du commentaire de l'article 19 de ce PLFSS, **deux risques sont particulièrement à craindre avec la raréfaction des cotisations** et des contributions en provenance des salariés et de leurs employeurs :

- d'une part, **éroder la confiance des cotisants - contribuables** et, par là-même, le consentement au prélèvement. À l'inverse de l'État, pour lequel les impôts sont des masses mutualisables et généralement non affectées, dans l'univers de la sécurité sociale, les gens savent pourquoi ils payent. En la matière, la confusion risque, à terme, d'être une source de défiance.

- d'autre part, même si telle n'est sans doute pas l'intention de départ, **un risque social financé par l'impôt n'est plus un dû à l'égard de ceux qui ne sont plus tout à fait des assurés.** Il peut donc, là aussi à terme, être remis en cause par un gouvernement qui aurait une vision différente en matière sociale.

En somme, une vision des prélèvements obligatoires qui se réduirait à une réflexion sur le pouvoir d'achat et en perdant le sens de ce que constitue une cotisation de sécurité sociale pourrait, éventuellement et sans faire porter le débat politique sur ce point, diluer l'identité et l'essence même de la sécurité sociale et, au-delà, de l'assurance sociale.

Votre rapporteur général s'attachera à ce que les débats en séance publique permettent de préciser ces points.

## **2. Des dépenses maîtrisées par un rabotage des prestations sociales**

Ce PLFSS prévoit une **augmentation des dépenses du régime général et du FSV contenue à 2,1 %.** Dans le détail, la répartition par branche serait la suivante :

- + 2,4 % pour la branche maladie ;
- + 1,7 % pour la branche AT-MP ;

- + 2,4 % pour la branche vieillesse ;
- et + 0,4 % pour la branche famille.

Les dépenses du FSV diminueraient, quant à elles, de 2,6 % en 2019.

La principale mesure en matière de dépense est la **limitation à 0,3 %, en 2019 comme en 2020, de la revalorisation** des prestations et plafonds de ressources relevant de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. Ces dispositions dérogeraient donc audit article L. 161-25, qui prévoit, au contraire, une revalorisation sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées. Or, à l'heure où sont écrites ces lignes, **cet indice a progressé de 1,9 % sur les douze derniers mois, et une inflation hors tabac de 1,3 % est prévue en 2019 par le rapport économique, social et financier.**

Les **pensions de retraite de base** et les différentes **aides à la famille** sont particulièrement concernées, comme le souligneront *infra* nos collègues René-Paul Savary et Élisabeth Doineau.

Votre rapporteur général constate simplement l'effet massif de cette mesure de raboutage, portée à l'article 44 de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale : l'étude d'impact évalue à **3,2 milliards d'euros l'économie associée en 2019 pour les finances publiques, dont 2,4 milliards pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale**. En 2020, ces économies seraient portées à respectivement **6,1 milliards et 4,6 milliards d'euros**, avec un effet qui se prolongerait par la suite, les pensions minorées servant de base pour les revalorisations futures.

À l'inverse, le présent PLFSS prévoit un **léger desserrement de l'Ondam**, dont la progression s'établirait à 2,5 % au lieu des 2,3 % prévus dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022. L'objectif figurant à l'article 53 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale s'élève ainsi à **200,3 milliards d'euros, au lieu des 199,7 milliards d'euros** qui figuraient au sein de la loi de programmation<sup>1</sup>.

## **B. LE CONTEXTE DE COMPTES PUBLICS PROVISOIREMENT DÉGRADÉS**

### **1. Un déficit public porté à 2,8 % du PIB en 2019**

Le retour affiché des comptes de la sécurité sociale à l'équilibre intervient dans une année particulière pour les finances publiques prises dans leur ensemble.

---

<sup>1</sup> Il de l'article 12 de la loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

En effet, en 2019, les entreprises bénéficieront à la fois de l'allègement d'impôt correspondant à l'annuité du crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) au titre de l'exercice 2018, de la baisse de 6 points de cotisations patronales d'assurance maladie pour les rémunérations n'excédant pas 2,5 SMIC qui remplacera le CICE, et du renforcement en deux temps des allègements généraux de cotisations sociales.

Ce double phénomène dégradera les comptes publics, au bénéfice de la trésorerie des entreprises, à hauteur d'une vingtaine de milliards d'euros, soit 0,8 point de PIB (sur 0,9 point de mesures exceptionnelles totales).

Le déficit des administrations publiques serait ainsi porté à 2,8 % du PIB au lieu de décroître sous la barre des 2 % en dehors de l'effet des mesures exceptionnelles, ce que retrace le tableau suivant :

### Solde structurel et solde effectif des administrations publiques

(en points de PIB)

	Exécution 2017	Prévision d'exécution 2018	Prévision 2019
Solde structurel	- 2,3	- 2,2	- 2,0
Solde conjoncturel	- 0,3	- 0,1	0,1
Mesures exceptionnelles	- 0,1	- 0,2	- 0,9
Solde effectif	- 2,7	- 2,6	- 2,8
Solde effectif hors mesures exceptionnelles	- 2,6	- 2,4	- 1,9

Source : article liminaire du projet de loi de finances pour 2019

## 2. Des mesures d'ajustement sensibles dans le présent PLFSS

Ce contexte de dégradation provisoire, mais nette, des comptes publics dans leur ensemble, en particulier de l'État, a sans doute joué un rôle dans l'élaboration de plusieurs mesures d'ajustement figurant dans le présent PLFSS en matière de recettes.

*a) Le report de l'entrée en vigueur de l'intégration des contributions chômage dans les allègements généraux*

Contrairement au schéma défini dans le cadre de la LFSS pour 2018, l'article 8 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit **un renforcement en deux temps des allègements généraux** bénéficiant aux employeurs des salariés dont la rémunération est comprise entre 1 et 1,6 SMIC.

Ainsi :

- **la cotisation patronale au régime complémentaire de retraite**, au taux de 6,01 %, serait bien **intégrée** dans les allègements généraux **dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019** ;

- en revanche, **la contribution patronale à l'assurance chômage**, dont le taux est de 4,05 %, **ne serait, elle, intégrée que le 1<sup>er</sup> octobre 2019** dans la base de calcul des allègements.

Il résulterait de ce décalage de neuf mois une **économie ponctuelle de 2,5 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale** et un coût de 200 millions d'euros pour l'État, soit, globalement, un gain d'environ 0,1 point de PIB pour les finances publiques.

*b) L'effet notable des baisses de recettes non compensées*

En outre, la situation comparée des comptes de l'État et de la sécurité sociale a probablement conduit le Gouvernement à proposer un nombre élevé de mesures de baisses de recettes non compensées pour la sécurité sociale.

Ces mesures sont les suivantes :

- l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires et complémentaires (0,6 milliard d'euros en 2019 puis 1,9 milliard d'euros en 2020) ;

- la suppression du forfait social sur certains revenus (0,6 milliard d'euros) ;

- l'éligibilité des employeurs de certains régimes spéciaux à la réduction de 6 points de cotisations patronales d'assurance maladie pour les rémunérations ne dépassant pas 2,5 SMIC (0,4 milliard d'euros) ;

- l'assouplissement des conditions d'éligibilités des retraités au taux réduit de CSG (0,35 milliard d'euros) ;

- le basculement vers les allègements généraux de dispositifs d'exonérations spécifiques non compensés par l'État (0,1 milliard d'euros) ;

- et la suppression de la taxe sur les farines (0,06 milliard d'euros).

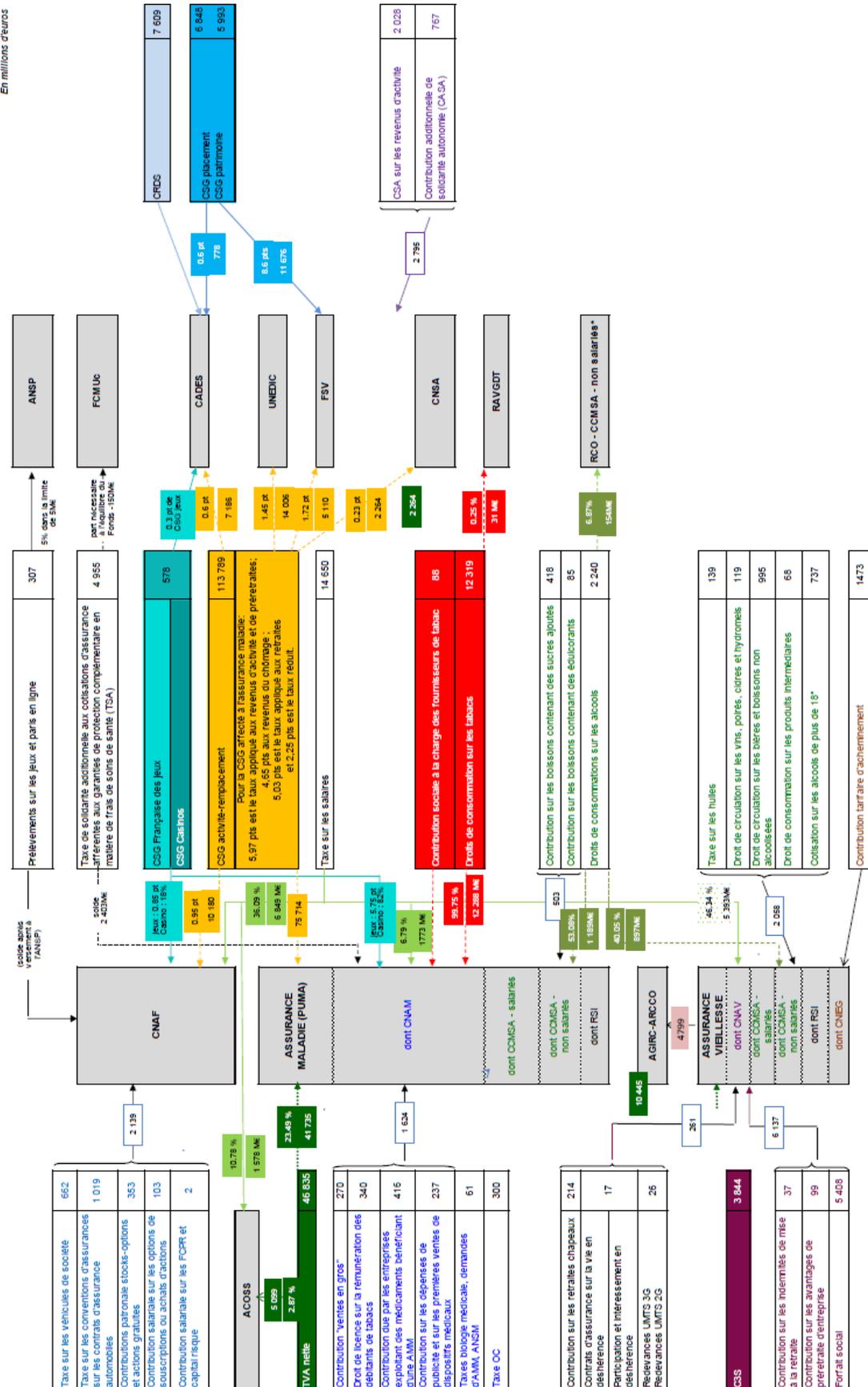
**Au total, ce sont donc 2,1 milliards d'euros de diminutions de recettes qui ne seront pas compensées aux ROBSS. En année pleine, dès 2020, ces non-compensations représenteront même 3,4 milliards d'euros.**

L'effet de ces absences de compensation pour les différentes branches est décrit au sein du commentaire de l'article 19 du présent PLFSS.

Au bout du compte, la traditionnelle « tuyauterie » de la répartition des impositions affectées à la sécurité sociale n'apparaît que légèrement simplifiée en 2019.

Le schéma suivant, extrait de l'annexe 6 du présent PLFSS, retrace l'ensemble des flux d'impositions vers les différents organismes de sécurité sociale – et au-delà, de l'assurance sociale.

En millions d'euros



\* Le RCO désigne le régime de retraite complémentaire obligatoire (RCO) des non-salariés agricoles.

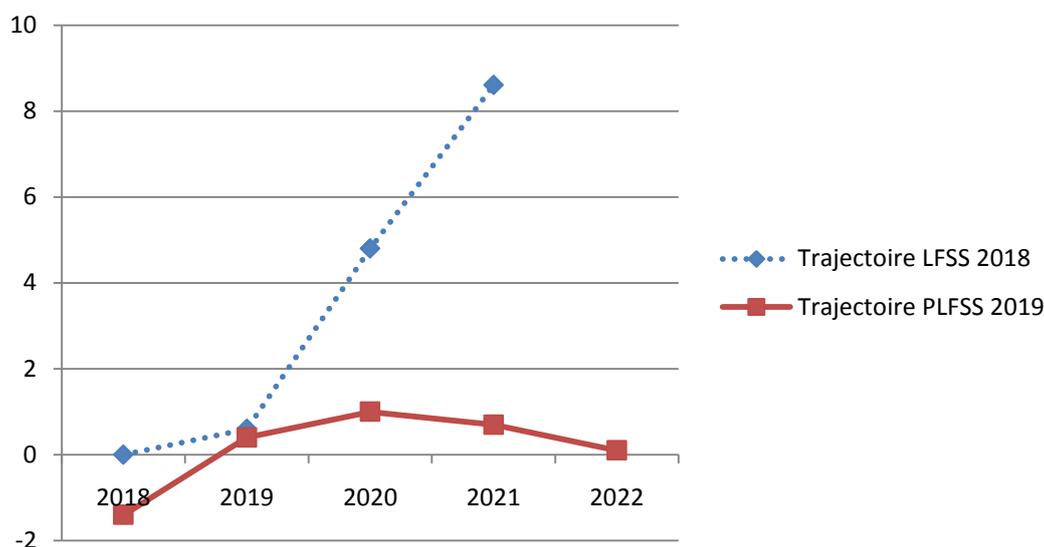
### III. AU-DELÀ DE 2019, UNE TRAJECTOIRE DEVENUE TRÈS INCERTAINE

#### A. UNE TRAJECTOIRE DES FINANCES SOCIALES NETTEMENT RECTIFIÉE PAR RAPPORT À LA LFSS 2018

Au-delà de 2019, la trajectoire des comptes de la sécurité sociale jusqu'en 2022 figurant à l'annexe B du présent projet de loi de financement apparaît singulièrement rectifiée par rapport à celle adoptée dans le cadre de la LFSS pour 2018. Le schéma suivant rend compte de cet important écart.

#### Trajectoire des soldes du régime général et du FSV sur la période 2018-2022 selon la LFSS 2018 et le PLFSS 2019

(en milliards d'euros)



Sources : LFSS 2018 et PLFSS 2019

Cette rectification spectaculaire n'est pas liée à une quelconque révision des perspectives de croissance ou d'emploi, cohérentes avec celles retenues l'année dernière.

Elle provient de la **correction des prévisions de recettes mises à la disposition de la sécurité sociale** du fait de l'attribution d'une fraction de CSG à la Cades à compter de 2020 pour lui permettre de **financer un transfert de dette supplémentaire de 15 milliards d'euros** (cf. commentaire de l'article 20 de ce PLFSS), mais aussi du fait de la **mise en œuvre de certaines conclusions du rapport du Gouvernement au Parlement sur la révision des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale**, remis conformément aux dispositions de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

### **Les principales conclusions du rapport du Gouvernement au Parlement sur la révision des relations financières État - sécurité sociale**

Aux termes de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022, le Gouvernement devait présenter au Parlement, avant la fin du premier trimestre 2018, un rapport sur la « rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale ».

Finalemment transmis le 31 juillet à votre rapporteur général, ce rapport analyse la trajectoire comparée des soldes des ASSO et de l'État et décrit la "complexité croissante" des relations financières liant ces deux ensembles.

Ses principales préconisations sont les suivantes :

1) Il est nécessaire de **simplifier et de stabiliser la structure des recettes affectées à la sécurité sociale** en :

- **définissant les ressources propres de la sécurité sociale** (cotisations sociales, CSG et certains impôts et taxes complémentaires ayant vocation à lui rester affectés (forfait social, taxes « comportementales » sur les tabac, les alcools ou les sucres, taxes sur les médicaments, taxes pharmaceutiques, clauses de sauvegarde, taxes sur les contrats complémentaires santé) ;

- **transférant au budget de l'État d'autres taxes**, sans lien avec la protection sociale mais actuellement affectées à la sécurité sociale **en échange de l'attribution d'une fraction de TVA**. Cela concernerait une multitude de diverses « petites taxes » mais aussi, selon le rapport, la taxe sur les salaires, d'un rendement de 13,9 milliards d'euros en 2017 ;

- « **clarifiant l'affectation d'autres prélèvements sociaux** ». Il s'agit essentiellement des prélèvements sociaux sur le capital, pour des raisons essentiellement juridiques (*cf.* commentaire de l'article 19 du présent PLFSS) et de la contribution sociale de solidarité des sociétés, dont l'origine historique apparaît désormais moins pertinente selon le rapport. Là aussi, une éventuelle affectation à l'Etat devrait être compensée par une fraction de TVA.

2) Il est indispensable de **redéfinir les règles de compensation des allègements de cotisations**. Selon le rapport, le principe de compensation systématique et intégrale de ces allègements n'aurait plus de pertinence dans une période où la sécurité sociale dégagerait des excédents alors que l'État continuerait de présenter des déficits conséquents. Une telle redéfinition consisterait à :

- **faire supporter les allègements futurs de prélèvements obligatoires à la sphère publique concernée** (État ou sécurité sociale selon le cas) ;

- **définir une règle particulière relative aux allègements généraux applicables aux rémunérations comprises entre 1 et 1,6 SMIC**, au vu de la masse financière qu'ils représentent ;

- **maintenir toutefois la règle de la compensation intégrale des allègements ciblés**, dans un souci de responsabilisation des prescripteurs de politiques publiques spécifiques.

3) Des règles spécifiques et plus rigoureuses de compensation devraient néanmoins prévaloir pour des ASSO actuellement hors du champ des LFSS, comme les retraites complémentaires et l'assurance chômage.

## **B. RÉNOVATION DES RELATIONS FINANCIÈRES ÉTAT - SÉCURITÉ SOCIALE : UNE MISE EN ŒUVRE PRÉCOCE ET CONTESTABLE**

### **1. Les modalités décrites dans les PLF et PLFSS pour 2019**

Les textes financiers de cet automne portent déjà la traduction de certains principes définis dans le rapport du Gouvernement sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale.

**L'absence de compensation de diverses mesures de baisses de ressources de la sécurité sociale**, pour un montant très significatif, a déjà été soulignée.

**La démarche de suppression ou de réaffectation de quelques petites taxes affectées à la sécurité sociale a été amorcée, mais reste embryonnaire.** Il est d'ailleurs à relever qu'à ce stade, la suppression de la taxe sur les farines et de la taxe sur les numéros surtaxés n'a pas été remplacée par une affectation supplémentaire de TVA, mais simplement non compensée à la sécurité sociale.

Pour ce qui concerne le cas plus spécifique de la "clarification" de l'attribution des prélèvements sociaux sur le patrimoine, il est à relever que, si la fusion des divers prélèvements hors CSG et CRDS au sein d'un unique prélèvement attribué à l'État devrait bien être compensé au moyen de la TVA, telle n'est pas le cas de l'exonération de CSG et de CRDS des personnes affiliées à un régime de sécurité sociale dans un autre pays de l'Union européenne, dans un Etat partie à l'Espace économique européen ou en Suisse.

Enfin, l'article 36 du projet de loi de finances propose de **diminuer entre 2020 et 2022 la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale** (de 1,5 milliard d'euros en 2020, 3,5 milliards d'euros en 2021 et 5 milliards d'euros à compter de 2022). Cette mesure, premier facteur d'explication de la trajectoire financière de la sécurité sociale décrite *supra*, ce qui semble s'inscrire dans la logique du rapport gouvernemental, sans pour autant s'attacher clairement à l'une ou l'autre de ses préconisations.

### **2. De la nécessité d'un cadrage politique préalable**

**Votre rapporteur général n'est pas opposé à ce que l'État puisse, lui aussi, bénéficier du retour à meilleure fortune de la sécurité sociale.** Ce serait d'ailleurs la contrepartie logique de l'effort de solidarité accompli pendant les années difficiles et rappelé précédemment dans le présent rapport.

Pour autant, cela ne saurait se faire qu'autour de **principes clairs, partagés et compatibles tant avec l'extinction totale de la dette de la sécurité sociale qu'avec le maintien à long terme de l'équilibre des comptes sociaux** pour qu'aucun nouveau « trou de la sécu » ne puisse se recreuser.

Or à ce stade, **les principes qui semblent guider le Gouvernement ne sont pas clairs** puisque le **rabotage de la part de TVA affectée** que propose le projet de loi de finances **ne se rattache à aucune règle** expressément définie dans le rapport précité. Au contraire, cet ajustement purement budgétaire est de nature à instaurer d'emblée de la méfiance entre les deux sphères publiques en montrant à quel point il serait facile à l'avenir à un État impécunieux de "faire les poches" de la sécurité sociale dès lors que tous les prélèvements affectés seraient fondus au sein d'une TVA aisément contrôlable en loi de finances, de manière justifiée ou non.

**Ces principes ne sont pas davantage partagés** puisque la remise très tardive de son rapport par le Gouvernement au Parlement n'a pas permis l'organisation d'un débat approfondi sur ce sujet avant l'actuelle "session budgétaire".

Enfin, **la trajectoire financière rectifiée de la sécurité sociale n'apparaît pas compatible avec le remboursement de sa dette** sans même parler de l'équilibre futur de ses comptes, comme cela sera développé dans le cadre des commentaires des articles 19 et 26 du présent rapport.

En somme, aux yeux de votre rapporteur général, il est indispensable de **commencer par un débat approfondi à propos des principes sur lesquels doivent reposer les relations futures entre l'État et la sécurité sociale** avant de raboter de façon très significative la TVA affectée à cette dernière. **L'examen du projet de loi constitutionnelle et de sa déclinaison organique** relative aux textes financiers semble devoir fournir l'occasion idoine pour prendre des décisions en la matière. En tout état de cause, dans cette attente, un simple rapport gouvernemental ne saurait engager l'ensemble des pouvoirs publics ; et les mesures de rabotage qui ne s'y rattachent qu'indirectement encore moins.



---

## DEUXIÈME PARTIE ASSURANCE MALADIE

---

Avec plus de 210 milliards de dépenses soit près de 10 % du PIB, la branche maladie représente plus de 40 % des dépenses de sécurité sociale et plus de 50 % des dépenses du régime général depuis la mise en place de la protection universelle maladie (PUMa) le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

En situation de déficit chronique depuis plus de vingt ans, la branche longtemps qualifiée de branche « malade » de la sécurité sociale verrait, en 2018 et 2019, pour la première fois depuis 1999, son solde passer sous la barre du milliard d'euros de déficit, avant d'être nul à compter de 2020 d'après les projections qui accompagnent le projet de loi de financement.

**Ce résultat pouvait sembler hors d'atteinte il y a quelques années. La trajectoire de retour à l'équilibre de l'assurance maladie est une exigence impérieuse pour la pérennité de nos régimes sociaux dont il faut saluer l'ambition.**

**Derrière le *satisfecit*, toutefois, force est de constater que notre système de santé souffre de maux persistants** : un hôpital exsangue, des rigidités qui entravent la structuration de parcours de santé coordonnés autour des patients, un mode de pilotage et de régulation des dépenses qui atteint, à plusieurs égards, les limites de l'exercice.

La volonté de transformation affichée par le Gouvernement dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 » et des divers chantiers ouverts repose sur **un diagnostic et des ambitions largement partagés** tant par les acteurs du système de santé que par votre commission, dont de nombreux travaux avaient mis en exergue des constats et préconisations similaires.

Dans le passage des intentions aux actes, nombre d'acteurs ont exprimé une certaine déception à l'égard des dispositions encore éparses portées par le projet de loi : **le temps long nécessaire aux transformations structurelles ne doit pas faire oublier l'urgence de certains sujets.**

Dans une logique constructive, et suivant la proposition de son rapporteur, votre commission a décidé de soutenir et d'accompagner des évolutions engagées pour orienter notre système de santé vers la qualité et la pertinence, favoriser l'accès aux soins et accueillir l'innovation. Elle a souhaité toutefois y apporter plusieurs inflexions - dont le détail est présenté dans l'examen des articles - et mettre l'accent sur des enjeux encore éludés.

## I. LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE MALADIE : À QUEL PRIX ?

### A. DE 2017 À 2020 : UNE TRAJECTOIRE AMBITIEUSE DE RÉTABLISSEMENT DU SOLDE DE LA BRANCHE « MALADE » DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

#### 1. Un déficit persistant constaté en 2017

En 2017, alors que toutes les autres branches du régime général et le FSV voient leur solde s'améliorer sous l'effet d'une conjoncture favorable, **le déficit de la branche maladie se creuse légèrement après trois années consécutives de diminution** : il s'établit à **- 4,9 milliards d'euros**, malgré des transferts des autres branches<sup>1</sup>, contre - 4,8 milliards d'euros en 2016.

Le Gouvernement affichait lors du précédent projet de loi de financement une prévision plus optimiste, en ciblant un solde de la branche maladie de - 4,1 milliards d'euros pour 2017<sup>2</sup>.

La croissance dynamique des recettes, portée par les effets favorables de la conjoncture, a tout juste permis de financer la progression des dépenses de la branche marquées par d'importants changements de périmètre, avec l'intégration dans l'Ondam des dépenses relatives aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT), à hauteur de 1,47 milliard d'euros, ou de dépenses de prévention auparavant financées par le budget de l'État.

**La branche concentre quasiment l'essentiel (96 %) du déficit cumulé du régime général et du FSV qui est de - 5,1 milliards d'euros.**

#### Évolution des déficits sociaux

(en milliards d'euros)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Branche maladie	- 5,9	- 6,8	- 6,5	- 5,8	- 4,8	- 4,9
Régime général	- 13,3	- 12,5	- 9,7	- 6,8	- 4,1	- 2,2
Régime général + FSV	- 17,5	- 15,4	- 13,2	- 10,8	- 7,8	- 5,1
dont part maladie (en %)	33,7	44,2	49,2	53,7	61,5	96,1

Source : Cour des comptes, Ralfss, octobre 2018

<sup>1</sup> D'après la Cour des comptes, les mesures de transfert interne à la sécurité sociale à la faveur de la branche maladie seraient de 1,9 milliard d'euros en 2017, en provenance des branches AT-MP et vieillesse.

<sup>2</sup> Cet écart est notamment dû à la non prise en compte, dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale, du transfert, prévu par la loi de finances initiale pour 2018, d'une fraction de TVA affectée de la CNAM à l'ACOSS à compter de 2018, qui s'est traduit par une perte de 1,2 milliard d'euros de produits de TVA pour le régime général (Cour des comptes, Ralfss, octobre 2018).

## 2. Une forte résorption en 2018 et 2019 : vers la fin du déficit de l'assurance maladie pour 2020 ?

- **En 2018**, sur la base des hypothèses économiques retenues par le Gouvernement, le solde de la branche maladie se redresserait fortement pour s'établir à **- 0,9 milliard d'euros**. La branche resterait toutefois la seule en déficit au sein du régime général qui passerait en excédent.

Pour atteindre cette cible, la croissance des dépenses contenue à 2,3 % (contre 3,4 % en 2017) s'accompagnerait d'une **forte dynamique des recettes de la branche, en hausse de 4,3 %**, portées par la croissance de la masse salariale (évaluée à 3,5 %), le relèvement des droits sur le tabac et du taux de cotisation patronale ; la branche bénéficie surtout du **relèvement de la CSG** de 1,7 point qui fait plus que compenser la suppression de la cotisation salariale maladie (0,75 point).

- **Pour 2019**, les prévisions, fondées sur des hypothèses de conjoncture économique toujours favorables (avec une croissance de la masse salariale confirmée à 3,5 % et une croissance du PIB maintenue à 1,7 %), envisagent une **poursuite de la réduction du déficit de la branche, qui s'établirait, après mesures d'économie, à 500 millions d'euros** avant d'être nul à partir de 2020.

Dans son avis du 19 septembre 2018, le Haut Conseil des finances publiques a considéré les prévisions de croissance « *plausibles* » tout en relevant qu'elles s'inscrivaient « *dans un contexte international marqué par des incertitudes particulièrement élevées.* ».

- **Pour la période 2020-2022**, les simulations jointes en annexe au projet de loi de financement envisagent un **strict équilibre** de la branche.

Si votre rapporteur ne peut que soutenir cet objectif exigeant de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, il faut toutefois souligner que celui-ci est atteint sur la base de projections de long terme toujours soumises à aléa. À titre d'illustration, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 ciblait sur un déficit de la branche maladie ramené à 1,4 milliard d'euros en 2017, soit un différentiel de 3,5 milliards avec le déficit effectivement constaté.

Par ailleurs, cette trajectoire - optimiste - ne permet pas la réduction, en parallèle, de la dette de la branche maladie.

## B. LE RESPECT GLOBAL DE L'ONDAM EN 2017 ET 2018 MASQUE DES MAUX PERSISTANTS

### L'Ondam, un outil de pilotage des dépenses d'assurance maladie

L'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), voté chaque année par le Parlement, a été instauré par la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale comme un **outil de pilotage et de maîtrise** des dépenses d'assurance maladie.

Il **ne constitue pas un plafond de dépenses** ou de crédits limitatifs mis à disposition des caisses d'assurance maladie mais une évaluation de leurs engagements pour prendre en charge les dépenses de santé des ménages ou payer les services rendus par les prestataires de soins. Depuis 2010, l'objectif voté, bien que plus exigeant, est respecté en exécution. Depuis 2009, les lois de programmation pluriannuelles des finances publiques fixent l'Ondam pour au moins les trois premières années qu'elles couvrent.

L'Ondam proposé pour l'année N est établi de la façon suivante :

Prévision de dépenses année N-1	+	Croissance tendancielle des dépenses	-	Mesures d'économies	=	Ondam année N
---------------------------------------	---	--	---	------------------------	---	------------------

Il se décompose en plusieurs sous-objectifs (soins de ville, établissements de santé, médico-social, fonds d'intervention régional et autres opérateurs).

En matière de suivi en cours d'exécution, un « **comité d'alerte** » sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie a été créé en 2004 pour alerter le Gouvernement, le Parlement et les caisses d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses incompatible avec le respect de l'Ondam (à savoir, en pratique, s'il existe un risque sérieux de dépassement de cet objectif d'une ampleur supérieure à 0,5% des dépenses prévisionnelles).

### 1. En 2017, un objectif de dépenses tenu au prix d'un creusement du déficit hospitalier

En 2017, l'Ondam voté devrait être respecté pour la huitième année consécutive.

Les dépenses entrant dans son champ sont estimées à **190,7 milliards d'euros**, inférieures de 25 millions d'euros à l'objectif rectifié en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ces dépenses marquent une progression de **+ 2,2 % par rapport à 2016**.

**Les évolutions de l'Ondam ville et de l'Ondam hospitalier sont toutefois contrastées** et s'écartent des prévisions :

- Les dépenses de **soins de ville** dépasseraient de **+ 350 millions d'euros** l'objectif rectifié en loi de financement pour 2018, progressant à périmètre constant de **2,2 %** contre un objectif initial de **2,1 %** ; ce rythme de progression est un peu plus faible toutefois que les années précédentes, où il était de **2,3 %** en 2016, **2,5 %** en 2015 et **2,9 %** en 2014.

**Depuis 2015, le sous-objectif « soins de ville » exécuté a été de manière systématique supérieur à celui voté.**

En 2017, ce dépassement provient de la sur-exécution des dépenses de prestations (+ 500 millions d'euros) qui n'est que partiellement compensée par la sous-exécution des dépenses hors prestations (- 150 millions d'euros du fait essentiellement de remises pharmaceutiques d'un montant plus élevé qu'anticipé)<sup>1</sup>. La dynamique des prestations est portée pour majeure partie par les **honoraires médicaux et dentaires** en raison des actes techniques et des effets de la convention médicale (qui a notamment porté le tarif de consultation de 23 à 25 euros le 1<sup>er</sup> mai 2017 pour les médecins généralistes); y contribue également la **dynamique des dépenses d'indemnités journalières** (+ 3,6 %) pour lesquelles les économies de maîtrise médicalisée attendues (pour 100 millions d'euros) n'ont pas été réalisées, ou de transports sanitaires (+ 3,9 %).

**Sur-exécution (+) et sous-exécution (-) des dépenses de soins de ville en 2017 par rapport aux prévisions rectifiées**

Honoraires médicaux et dentaires :	+ 295 millions d'euros
Médicaments (officine et rétrocession) :	+ 145 millions d'euros
Indemnités journalières :	+ 65 millions d'euros
Biologie :	+ 35 millions d'euros
Transports :	+ 35 millions d'euros
Honoraires paramédicaux :	- 5 millions d'euros
Dispositifs médicaux :	- 30 millions d'euros
Autres prestations (ROSP, cures thermales...) :	- 40 millions d'euros
Dépenses hors prestations (essentiellement remises) :	- 150 millions d'euros
<b>Total</b>	<b>+ 350 millions d'euros</b>

*Source : Annexe 7 au PLFSS*

Ces évolutions permettent de mesurer, en creux, les résultats des objectifs d'économies fixés sur l'Ondam, c'est-à-dire de modération des dépenses par rapport à leur croissance tendancielle : sur le champ de la maîtrise médicalisée pour lequel le suivi est disponible, les résultats ont été atteints globalement en 2017 par rapport aux cibles visées, alors que ce taux d'atteinte n'était, sur le même objectif d'économies (à savoir 700 millions d'euros) que de 85 % en 2015 et 65 % en 2016.

<sup>1</sup> Les dépenses dites « hors prestations » de l'Ondam « soins de ville » recouvrent également la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et une dotation au fonds d'action conventionnelle.

**Réalisation de l'objectif de maîtrise médicalisée en 2017***(en millions d'euros)*

	<b>Objectif</b>	<b>Réalisation</b>	<b>Taux d'atteinte</b>
<b>Médicaments</b>	380	348	92%
<b>Dispositifs médicaux</b>	50	172	344%
<b>Indemnités journalières</b>	100	0	0%
<b>Transports</b>	75	36	48%
<b>Honoraires paramédicaux</b>	50	144	288%
<b>Biologie</b>	30	2	7%
<b>Actes</b>	15	6	40%
<b>Total</b>	<b>700</b>	<b>708</b>	<b>101%</b>

*Source : Direction de la sécurité sociale et Cnam*

• Les versements aux **établissements de santé** seraient quant à eux en retrait de **- 395 millions d'euros** par rapport à l'objectif rectifié en loi de financement pour 2018 (en hausse de 1,8 % contre 1,6 % en 2016).

Cela s'explique, en quasi-totalité, par un **ralentissement non anticipé de l'activité** des établissements publics (- 370 millions d'euros) comme privés (- 70 millions d'euros). Les dépenses de la liste en sus (médicaments et dispositifs médicaux facturés en plus des prestations de séjour) sont également moindre qu'escomptées (- 15 millions d'euros).

Dans un contexte de baisse des tarifs des séjours hospitaliers et sans adaptation à due concurrence de leurs charges d'exploitation<sup>1</sup>, cette situation a entraîné, comme le relève la Cour des Comptes<sup>2</sup>, un **quasi-doublement du déficit des hôpitaux publics** (qui s'établit à **835 millions d'euros en 2017** pour le budget principal et 701 millions d'euros tous budgets confondus, contre 439 millions d'euros en 2016), **en dépit de la délégation fin février de crédits précédemment mis en réserve, à hauteur de 250 millions d'euros** (dont 200 millions d'euros de crédits ventilés sur tous les établissements, quel que soit le secteur et le champ d'activité et 50 millions d'euros d'aides ciblées sur des situations exceptionnelles).

D'après les indications transmises à votre rapporteur, ce taux de déficit ne représente toutefois que 1,2 % des produits du budget principal des hôpitaux publics. La situation financière est en outre variable selon les profils et catégories d'établissements.

<sup>1</sup> L'évolution des dépenses de personnel ont notamment connu une évolution plus importante que ces deux dernières années (+ 2.2 % en 2017 contre 1.2 % en 2016 et 1.7 % en 2015) en raison notamment des réformes relatives au point d'indice et aux mesures catégorielles du protocole « PPCR ».

<sup>2</sup> « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles », rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, octobre 2018.

**La reventilation entre les sous-objectifs ville et hôpital  
de l'Ondam 2017 en exécution**

	Objectif initial LFSS pour 2017	Objectif rectifié LFSS 2018	Exécution	Écart à l'objectif rectifié	Evol. / 2016
Soins de ville	86,6	86,8	87,2	+ 0,35	2,2%
Établissements de santé	79,2	79,0	78,6	- 0,40	1,8%
<b>Ondam total</b>	190,7	190,7	190,7	0	2,2%

Source : LFSS pour 2018 et Annexe 7 au PLFSS

**2. En 2018, un nouveau dérapage des dépenses de ville qui interroge les bases de construction de l'Ondam**

**Pour 2018, l'Ondam, fixé à 195,2 milliards d'euros, en évolution de 2,3 % par rapport à 2017, devrait également être tenu, en dépit d'un risque de dépassement évalué à 455 millions d'euros<sup>1</sup>.**

L'article 6 du projet de loi propose de rectifier cet objectif :

- d'une part, pour tirer les conséquences de la suppression du fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) dès 2018 proposé par l'article 4 : ce changement de périmètre conduit à fixer le nouveau global de l'Ondam pour 2018 à 195,4 milliards d'euros ;

- d'autre part, pour « reventiler » les dépenses entre l'Ondam ville et l'Ondam hospitalier.

• En effet, le **dynamisme des dépenses de soins de ville**, en hausse de 2,7 %, devrait être cette année encore **plus fort que prévu** (avec un risque de dépassement évalué à + 560 millions d'euros).

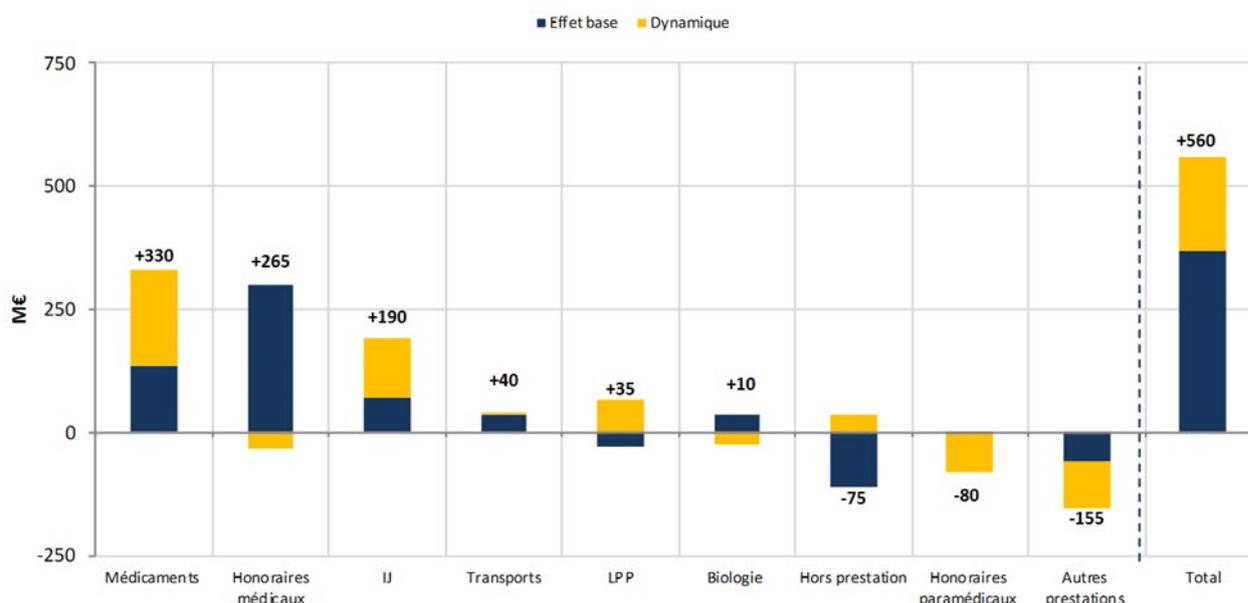
**Près de 60 % de ce dépassement résulte d'un effet report sur 2018 de la sur-exécution constatée en 2017.** Le reste provient d'une dynamique des dépenses plus élevée qu'anticipée, notamment des dépenses de médicaments (en raison de la disponibilité dans les officines de ville de traitements contre l'hépatite C ou d'anti-cancéreux jusqu'alors remboursés en rétrocession hospitalière)<sup>2</sup>, d'indemnités journalières et de dispositifs médicaux.

<sup>1</sup> Pour plus de détails, voir le commentaire de l'article 6 (Tome II).

<sup>2</sup> D'après l'avis n° 2018-3 du comité d'alerte de l'Ondam, la dynamique des remboursements de médicaments délivrés en officine de ville (+ 3,8 %) s'accompagne en effet d'une baisse de 18 % des dépenses de rétrocession hospitalières.

**Prévisions de dépassement (+) ou de sous-exécution (-) des dépenses  
de soins de ville en 2018 (effet base ou report/effet dynamique de la dépense)**

*(en millions d'euros)*



*Source : Comité d'alerte de l'Ondam – avis n° 2018-3 du 15 octobre 2018*

• La tendance, en revanche, à une **progression de l'Ondam hospitalier moindre qu'escomptée** se confirmerait, avec une **sous-exécution évaluée à - 105 millions d'euros**, au taux de **2,1 %**.

Celle-ci est liée notamment à une moindre dynamique des dépenses de produits de santé au titre de la liste en sus. En revanche, **l'activité hospitalière serait proche des prévisions initiales** (en dépassement de 35 millions d'euros), après une année 2017 marquée par un fort ralentissement de l'activité des établissements publics comme privés.

• **Dans ce contexte, le respect de l'Ondam affiché par le Gouvernement devra reposer sur des annulations de crédits à due concurrence des dépassements** : à ce stade, les mesures de régulation porteront sur 73 % des crédits mis en réserve en début d'année au titre du coefficient prudentiel ou non encore délégués, qui représentent **625 millions d'euros** en 2018, les deux tiers pesant sur les établissements de santé.

Dans son avis n° 2018-3 en date du 15 octobre 2018, le comité d'alerte de l'Ondam estime la prévision « réaliste », tout en relevant que « le dépassement de l'Ondam dépenses de ville impose des annulations croissantes de crédits pour les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, alors même que le déficit des établissements de santé a atteint près de 700 millions d'euros en 2017 (et 836 millions d'euros sur la section principale), en très forte augmentation par rapport à l'année précédente (202 et 439 millions d'euros) et que le financement de l'accompagnement des personnes les plus âgées nécessitera des moyens accrus. »

• Les évolutions contrastées entre les deux principaux sous-objectifs de l’Ondam en cours d’exécution confirment une tendance constatée depuis 2015, comme le montre le tableau suivant :

Taux d’évolution de l’Ondam votés et réalisés, par sous-objectif

	2014	2015	2016	2017	2018
Ondam voté	2.4%	2.1%	1.75%	2.1%	2.3%
Soins de ville	2.4%	2.2%	1.7%	2.1%	2.4%
Établissements de santé	2.3%	2.0%	1.75%	2.0%	2.0%
Ondam exécuté	2.4%	2.1%	1.75%	2.2%	2.3% (p)
Soins de ville	2.9%	2.5%	2.4%	2.2%	2.7% (p)
Établissements de santé	1.7%	1.8%	1.6%	1.8%	2.1% (p)

Source : DGOS

Comme l’a souligné le directeur général de la Cnam lors de son audition devant la commission, il convient d’avoir une analyse nuancée de ces évolutions, dès lors que l’Ondam de ville intègre certains postes de dépenses liés à l’activité hospitalière.

Néanmoins, la surévaluation de l’activité hospitalière induit mécaniquement, par un mécanisme prix/volume, **une baisse des tarifs hospitaliers**. Celle-ci a été **en moyenne de -0,5 % en 2018** pour les établissements ayant une activité de médecine, chirurgie et d’obstétrique, certes à un niveau plus modéré que les années précédentes : à périmètre équivalent, cette évolution était de -0,9 % en 2017 et de -1 % en 2016.

Ces constats conduisent votre rapporteur à réitérer la demande plusieurs fois formulée par votre commission de disposer, au moment de l’examen du projet de loi de financement, d’une décomposition plus claire et plus fine de l’évolution tendancielle des dépenses, permettant une analyse mieux étayée de l’Ondam comme outil de pilotage et de régulation.

## II. UN PLFSS DE TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ?

### A. UNE AMBITION SOUS CONTRAINTE

#### 1. Le relèvement du taux d’évolution de l’Ondam à 2,5 % pour 2019 pour accompagner la mise en œuvre du plan « Ma Santé 2022 »

• La loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022 a prévu une progression de l’Ondam de + 2,3 % par an sur la période, correspondant à environ 4,5 milliards d’euros de dépenses supplémentaires par an.

Afin d'accompagner la mise en œuvre du plan « Ma santé 2022 » présenté le 18 septembre 2018, **le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 sort de cette trajectoire pour retenir un taux de progression de l'Ondam de + 2,5 %.**

L'article 53 propose ainsi de porter l'Ondam à **200,3 milliards d'euros** pour 2019, ce qui représente un volume de dépenses nouvelles de 4,9 milliards d'euros, soit **400 millions d'euros** de plus qu'en 2018.

Cet effort **serait engagé à titre exceptionnel et limité à l'année 2019**, le Gouvernement prévoyant, comme exposé dans l'annexe B au projet de loi, un retour au taux de 2,3 % pour le reste du quinquennat. Toutefois cet « **effet base** » se répercutera sur le niveau de l'Ondam les années suivantes, à hauteur de plus de **1,6 milliard d'euros** sur la période 2019-2022.

• Les moyens supplémentaires ne sont pas fléchés. D'après les indications transmises par la direction de la sécurité sociale, les 400 millions d'euros prévus en 2019 pour la mise en œuvre de la stratégie de transformation du système de santé pourraient se décliner comme suit :

- **200 millions d'euros** pour financer **l'investissement** des établissements de santé (*via* le relèvement du financement du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés - Fmespp) ;

- **90 millions d'euros** pour les mesures de soutien à la **modernisation** des établissements de santé (numérique, formations, organisation...) ;

- **95 millions d'euros** pour soutenir la structuration et la coordination des soins au sein de la ville et avec l'hôpital : ces moyens seront dédiés au **déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé** (CPTS) que le plan « Ma Santé 2022 » prévoit de porter à 1 000 à l'horizon 2022 et au financement des **fonctions d'assistants médicaux** auprès des médecins libéraux en exercice coordonné (ces deux sujets devraient faire l'objet d'une négociation conventionnelle en 2019 - *cf.* article 29 *quater*) ; ils serviront également au développement des plateformes territoriales d'appui (PTA) et des pratiques avancées et à la diffusion des outils numériques ;

- **15 millions d'euros** pour le développement des **maisons de santé** bénéficiant des aides financières de l'assurance maladie en application de l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI) signé le 20 avril 2017.

Au total, les moyens consacrés à la mise en œuvre du plan « Ma Santé 2022 » sont évalués à **3,42 milliards d'euros d'ici 2022**, ainsi répartis :

Structuration ville/hôpital dans les territoires :	1 580 millions d'euros
Transformation numérique en ville et à l'hôpital :	500 millions d'euros
Métiers et formation :	420 millions d'euros
Investissement hospitalier :	920 millions d'euros
<b>Total</b>	<b>3 420 millions d'euros</b>

- La répartition de l'Ondam 2019 par sous-objectifs est la suivante :

#### Ondam 2019 : répartition en sous-objectifs et évolution

(en milliards d'euros)

	Ondam 2018*	Ondam 2019	Évol. 2019/2018	Projection tendancielle	Rappel Evol. 2018/2017
<b>Soins de ville</b>	89,3	91,5	2,5 %	5,3 %	2,4%
<b>Établissements de santé</b>	80,7	82,7	2,4 %	3,7 %	2,2%
<b>Médico-social</b>	20,3	20,8	2,2 %	3,6 %	2,6%
<b>FIR</b>	3,3	3,5	4,8 %	4,8 %	3,1%
<b>Autres prises en charge</b>	1,8	1,9	6,3 %	6,3 %	4,3%
<b>Ondam total</b>	<b>195,4</b>	<b>200,3</b>	<b>2,5 %</b>	<b>4,5 %</b>	<b>2,3%</b>

\* Corrigé des changements de périmètre

Sources : Annexe 7 au PLFSS et direction de la sécurité sociale.

**Tout en saluant l'effort engagé par le Gouvernement pour « desserrer » l'Ondam, votre rapporteur note que les marges de manœuvre seront, dans les faits, limitées.**

Comme le relève la Cour des comptes, cette progression est déjà largement préemptée par le coût des **dépenses nouvelles de soins de ville liées aux négociations conventionnelles** avec les professionnels de santé. D'après la Cnam, l'impact des négociations conclues est évalué à près de 600 millions d'euros pour 2019.

Cela explique un tendanciel de dépenses revu à la hausse sur ce poste, d'autant que le Gouvernement a décidé, pour la première fois, d'appliquer une « **réserve prudentielle** » de **120 millions d'euros** sur l'enveloppe « soins de ville ». **Si cette mesure répond au besoin d'affiner la régulation infra-annuelle par sous-objectifs, sa portée concrète restera limitée** à défaut de réels outils de régulation des soins de ville. Elle fonctionnera comme une marge de sécurité au cours de l'année et aura pour fonction de couvrir une partie de l'éventuel dépassement constaté sur ce sous-objectif, sans affecter les tarifs des professions de santé ou revenir sur les conventions signées.

## 2. Un plan d'économies de 3,8 milliards d'euros qui joue encore sur de « vieilles recettes »

• Compte tenu d'une **croissance tendancielle** des dépenses évaluée, comme en 2018, à **+ 4,5 %** (+ 5,3 % pour les soins de ville, + 3,7 % pour les établissements de santé), le **montant global d'économies à réaliser est chiffré à 3,8 milliards d'euros pour 2019**. Ce volume, quoique conséquent, est inférieur à celui attendu les deux années précédentes (4,2 milliards d'euros en 2018, 4,1 milliards en 2017 et 3,4 milliards en 2016).

### Présentation des économies attendues en 2018 et 2019

(en millions d'euros)

Thématiques	2018	2019
<b>Structuration de l'offre de soins</b>	<b>1075</b>	<b>910</b>
Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables...)	250	210
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	825	700
<i>Optimisation des achats et autres dépenses</i>	575	415
<i>Rééquilibrage de la contribution de l'Ondam aux dépenses médico-sociales</i>	200	235
<i>Améliorer la performance interne des établissements médico-sociaux</i>	50	50
<b>Pertinence et efficacité des produits de santé et remises</b>	<b>1180</b>	<b>1360</b>
Prix nets des médicaments en ville	480	700
Prix nets des dispositifs médicaux en ville	100	150
Évolution des prix nets des médicaments de la liste en sus	390	260
Évolution des prix nets des dispositifs médicaux de la liste en sus		50
Remises sur nouveaux produits	210	200
<b>Pertinence et qualité des actes et des produits de santé</b>	<b>1035</b>	<b>895</b>
Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie	225	120
Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie		85
Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes		190
Maîtrise médicalisée et structure de prescription des produits de santé (volume, génériques, biosimilaires)	810	500
<b>Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et transports</b>	<b>240</b>	<b>335</b>
Transport	75	135
Indemnité journalières	165	200
<b>Contrôle et lutte contre la fraude</b>	<b>90</b>	<b>90</b>
<b>Autres mesures</b>	<b>545</b>	<b>240</b>
Actualisation du forfait journalier hospitalier	200	/
Participation des organismes complémentaires au financement de la convention médicale	100	50
Gestion dynamique du panier de soins remboursé	180	190
Évolution des cotisations des professionnels de santé	65	/
<b>TOTAL</b>	<b>4 165</b>	<b>3 830</b>

Source : Annexe 7 aux PLFSS pour 2018 et pour 2019 – tableau corrigé des changements de présentation des thématiques entre 2018 et 2019 pour permettre la comparaison (l'item « Liste en sus et autorisation temporaire d'utilisation » figurant en 2018 dans « Structuration de l'offre de soins » est scindé en deux items portant sur les médicaments et les dispositifs médicaux dans « Pertinence et efficacité des produits de santé » et les actions portant sur la prescription des génériques et la maîtrise médicalisée sont regroupés dans « Pertinence et qualité des actes et des produits de santé »

• Si les comparaisons sont rendues difficiles d'une année sur l'autre en raison des changements opérés dans la présentation des économies attendues par thématiques, on note que **près de la moitié du volume d'économies pour 2019 repose sur les produits de santé, en jouant, plus que les années précédentes, sur le levier « prix »** plutôt que sur le levier « volume » ou pertinence des prescriptions : pour les seuls médicaments en ville, les économies attendues passent d'une moyenne de 500 millions d'euros sur la période 2015-2018 (sur une dépense de médicaments remboursables en ville de l'ordre de 30 milliards d'euros, en recul de près d'un milliard depuis 2011) à 700 millions d'euros pour 2019, exprimés cette année en prix nets ; celles portant sur les prix des dispositifs médicaux en ville sont multipliées par 1,5 entre 2018 et 2019.

Si votre rapporteur entend la nécessité de maintenir une pression forte sur les prix des produits de santé anciens, de manière à permettre le financement des innovations, cet objectif apparaît, pour les acteurs économiques, **en décalage avec les ambitions unanimement saluées du 8<sup>ème</sup> conseil stratégique des industries de santé qui s'est tenu en juillet 2018.**

En ce qui concerne les **dispositifs médicaux**, qui recouvrent des acteurs et produits très divers, **le dynamisme du secteur est pour partie inhérent au « virage ambulatoire » encouragé par les pouvoirs publics.** Les ambitions fixées dans ce domaine par la stratégie de santé interrogent sur la cohérence du niveau des économies demandées<sup>1</sup>. Comme votre rapporteur l'avait relevé l'an passé, les modes de régulation mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, largement calqués sur ceux appliqués au secteur du médicament, s'accommodent mal avec la nature de ces activités économiques, qui reposent sur un tissu de petites entreprises et des **prestations humaines d'accompagnement des patients à domicile dont les coûts marginaux ne peuvent être revus à la baisse sans porter atteinte à la qualité du soin.**

### 3. Des questions laissées en suspens : un hôpital en état d'urgence

Enfin, votre rapporteur souhaite **alerter sur la situation des établissements de santé et le désarroi croissant exprimé par les équipes.** Les fédérations hospitalières se sont exprimées d'une voix unanime sur ce sujet. De même, la conférence des présidents de CME a tiré il y a quelques jours la sonnette d'alarme, en publiant les résultats d'une enquête « flash »<sup>2</sup> mettant en avant un moral altéré des équipes et appelant à un véritable « choc » en termes d'attractivité médicale pour les carrières hospitalières et d'investissements pour la transformation.

<sup>1</sup> La stratégie nationale de santé 2018-2022 affirme l'ambition de porter à 70 % en 2022 le taux de chirurgie ambulatoire et fixe un objectif de 55 % de séjours hospitaliers de médecine en ambulatoire.

<sup>2</sup> Enquête flash menée du 26 septembre au 8 octobre 2018, ayant reçu 192 réponses de Présidents de Commission Médicale d'Etablissement (PCME) de Centre Hospitalier (CH).

La révision annuelle des tarifs hospitaliers (*cf.* ci-dessus) comme les mesures de régulation en cours d'exécution **privent les établissements, publics comme privés, d'une visibilité indispensable pour se projeter dans le temps long**. Cette logique n'encourage pas les comportements vertueux, en incitant à une « course au volume », autant qu'elle fragilise leur capacité de financement en entraînant une **déconnexion croissante entre les tarifs et les coûts réels de prise en charge**.

Comme l'ont relevé les représentants des fédérations hospitalières, cela les **contraint à des arbitrages défavorables à l'innovation hospitalière**. Comme l'a souligné un récent rapport de votre commission<sup>1</sup>, cela **affecte notamment la prise en charge des actes de biologie innovants hors nomenclature** (comme les biomarqueurs servant à cibler les traitements contre le cancer), alors même que ces tests **sont un outil essentiel de pertinence des soins et de qualité des prises en charge**. Ces actes sont pris en charge au titre des MERRI<sup>2</sup>, à hauteur de 380 millions d'euros, ce qui ne permet pas de couvrir le volume d'actes effectivement réalisés par les établissements (plus de 700 millions d'euros en 2017 d'après Unicancer). Interrogé par votre rapporteur lors de son audition par la commission, le directeur de la Cnam a annoncé qu'un calendrier avait été défini avec la Haute Autorité de santé, de façon à évaluer, d'ici trois ans, les actes concernés en vue d'examiner leur inscription à la nomenclature et leur financement de droit commun. Ce calendrier n'est évidemment pas satisfaisant. Il appelle à des **mesures d'urgence pour répondre aux difficultés de financement rencontrées par les établissements de santé dès 2018**, pour que ces problèmes de trésorerie ne se répercutent pas sur la qualité des prises en charge des patients.

Dans ce contexte, le transfert qui vient d'être engagé, le 1<sup>er</sup> octobre 2018, des dépenses de **transport sanitaire** intra et inter-établissements suscite de fortes inquiétudes. Votre rapporteur avait souligné l'an passé le manque de préparation de cette réforme, dont les conséquences - en termes de financement et d'organisation - devront être précisément évaluées.

---

<sup>1</sup> « Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce », rapport d'information n° 569 (2017-2018) de Yves Daudigny, Catherine Deroche et Véronique Guillotin, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 13 juin 2018.

<sup>2</sup> Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation.

---

**B. DES DISPOSITIONS AXÉES SUR L'ACCÈS AUX SOINS, LA PERTINENCE  
ET L'INNOVATION : DES AVANCÉES EN DEMI-TEINTE**

Si elles traduisent certaines des orientations des différents chantiers engagés par le Gouvernement (dans le cadre du plan d'accès aux soins dans les territoires, du plan priorité prévention ou encore du plan « Ma Santé 2022 »), les nombreuses dispositions du projet de loi de financement en matière de santé - complétées encore lors de la première lecture à l'Assemblée nationale - ne forment pas, pour autant, un ensemble clair, lisible et cohérent.

• **Plusieurs grands axes se dégagent, qui constituent autant de signaux positifs de la volonté d'investir, sur le long terme, dans la transformation de notre système de santé :**

- **L'accès aux soins et aux droits**, avec la réforme du « reste à charge zéro » destinée à limiter les renoncements aux soins en matière d'optique, de soins dentaires ou d'aides auditives (**article 33**), la simplification des dispositifs de couverture complémentaire des publics modestes par l'intégration de l'aide à la complémentaire santé (ACS) dans la CMU-C moyennant une participation financière (**article 34**), l'exonération du ticket modérateur sur les soins de ville à Mayotte (**article 35**), ou encore la prolongation du congé maternité pour les travailleuses indépendantes et les exploitantes agricoles (**article 47**) ;

- **L'accès aux soins dans les territoires**, par des mesures visant à faciliter l'exercice mixte, libéral et salarié, des médecins (**article 30**), ou, suivant les annonces du plan « Ma Santé 2022 », engager les discussions conventionnelles pour la mise en place des assistants médicaux et structurer les soins de ville autour de l'exercice coordonné (**article 29 quater**) ;

- **la prévention**, en direction des enfants et des jeunes, par exemple avec la création d'un examen bucco-dentaire dès trois ans (**articles 33 et 36**), en étendant le champ du fonds tabac aux substances psychoactives (**article 38**), en généralisant la vaccination contre la grippe par les pharmaciens expérimentée dans plusieurs régions (**article 39**) ou encore en renforçant les actions pour améliorer la couverture vaccinale des jeunes filles et jeunes garçons contre le papillomavirus (**article 39 bis**) ;

- **L'orientation des modes de financement vers la qualité et la pertinence des soins**, par le renforcement et l'élargissement de la dotation d'incitation à la qualité allouée aux établissements de santé (**article 27**), le principe de paiement forfaitaire de pathologies chroniques, encore restreint aux prises en charge hospitalières (**article 28**) ou en renforçant la portée des actions de pertinence des soins à l'hôpital (**article 29 bis**) ;

- la **régulation des produits de santé et l'accès aux innovations médicamenteuses**, avec l'évolution - dans le prolongement des engagements du dernier conseil stratégique des industries de santé - du système des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) (prise en compte des extensions d'indication et révision des modes de fixation et de régulation des prix pour la phase d'accès précoce – **article 42**) ou l'incitation au recours aux médicaments génériques et biosimilaires (**article 43**).

• **Votre rapporteur partage ces grandes orientations, qui traduisent, pour plusieurs d'entre elles, des recommandations depuis longtemps formulées par votre commission.**

C'est le cas, en matière de financement des établissements de santé, d'une évolution vers des **modes de rémunération laissant une plus large part à la qualité des prises en charge**, plutôt qu'au seul volume d'activité qui trouve parfois ses limites<sup>1</sup>. La lutte contre les actes inutiles ou les pratiques les moins pertinentes constitue un levier de régulation des dépenses bien plus compréhensible pour les acteurs du système de santé que la seule régulation tarifaire. C'est ce qu'a rappelé le directeur général de la Cnam en mettant l'accent sur le protocole signé avec les radiologues en avril 2018, qui repose sur une responsabilisation des professionnels de santé et des économies mieux acceptées dès lors qu'elle sont fondées sur la réduction des actes à faible valeur-ajoutée.

C'est également le cas, pour **l'accès précoce aux innovations dans le domaine du médicament**, de la prise en compte des dernières avancées scientifiques et thérapeutiques avec l'accélération de l'accès aux extensions d'indication pour une même molécule, qui trouvera particulièrement à s'appliquer dans le champ des immunothérapies contre le cancer. Votre rapporteur avait défendu, lors de l'examen du précédent projet de loi de financement, un amendement d'appel sur ce sujet, que votre commission a approfondi au premier semestre en formulant des propositions concrètes pour améliorer l'accès des patients aux traitements innovants dans des conditions soutenables pour notre système de santé<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Sur ces sujets, cf. notamment les rapports suivants : « Refonder la tarification hospitalière au service du patient », rapport d'information n° 703 (2011-2012) de Jacky Le Menn et Alain Milon, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 25 juillet 2012 ; « Améliorer la pertinence des soins : un enjeu majeur pour notre système de santé », rapport d'information n° 668 (2016-2017) de Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 20 juillet 2017.

<sup>2</sup> « Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce », rapport d'information n° 569 (2017-2018) de Yves Daudigny, Catherine Deroche et Véronique Guillotin, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, Sénat, 13 juin 2018.

• **Pour autant, chacune de ces avancées trouve, dans les faits, une portée encore limitée ou en demi-teinte.**

Tout d'abord, de nombreux dispositifs entrent dans une **logique de superposition et de complexification du droit existant**, à rebours des enjeux de lisibilité de l'action publique. L'article 42, qui modifie le mode de régulation de plusieurs catégories de médicaments et dont la majeure partie des dispositions s'adressent pourtant à des entreprises d'envergure internationale, en offre sans doute la meilleure illustration. C'est également le cas des actions tournées vers la valorisation de la pertinence et de la qualité des soins : si l'intention est bien entendu partagée, force est de constater que les instruments s'enchevêtrent et s'empilent les uns sur les autres (dotation IFAQ visée à l'article 27, CAQES et programmes d'amélioration de la pertinence à l'article 29 *bis* ou encore indicateurs de pertinence des prescriptions à l'article 43...) sans former, au final, un tout cohérent. Ce manque de lisibilité des dispositifs en eux-mêmes porte atteinte, au final, à celle de leurs objectifs. Votre rapporteur portera plusieurs amendements pour clarifier l'articulation entre ces dispositifs. Mais au-delà des mesures d'affichage, une réforme d'ensemble serait souhaitable.

Ensuite, plusieurs dispositions traduisent une **tendance à la centralisation, déjà constatée dans le cadre des derniers Plfss, qui s'inscrit à rebours de la primauté du dialogue conventionnel à laquelle votre commission est attachée**. L'introduction par l'article 42 d'une compensation unilatéralement fixée par les administrations de sécurité sociale pour la prise en charge des extensions d'indication en est l'exemple le plus éloquent. Si l'on peut comprendre la tentation d'un recours accru à une régulation unilatérale face au risque majeur que font peser certaines avancées thérapeutiques sur la maîtrise des dépenses de santé, il est à craindre qu'une telle méthode, en contribuant à la crispation des différents acteurs de la santé, ne nuise au total à l'efficacité de l'action déployée par les pouvoirs publics. Plusieurs amendements de votre commission répondent à cette préoccupation.

En outre, force est de constater que nombre **des réformes proposées sont au mieux de simples « premiers pas » ou alors des avancées sorties de toute logique globale**. C'est le cas de l'introduction dans le droit commun, suivant une préconisation de la stratégie de transformation du système de santé, de la rémunération forfaitaire à l'hôpital pour deux pathologies chroniques, qui constitue encore une « coquille vide » et dont la portée sera limitée puisque son extension à la ville n'est pas encore envisagée. Par ailleurs, votre commission a considéré que l'expérimentation d'un forfait de réorientation pour les urgences (article 29 *quinquies*), introduite à l'initiative du rapporteur général de l'Assemblée nationale, apporte une réponse certes innovante, mais partielle et déséquilibrée au problème - par ailleurs réel - de la saturation des urgences hospitalières.

Votre commission avait à cet égard formulé dans un récent rapport<sup>1</sup> une proposition plus complète permettant de répondre à la fois à l'enjeu du juste mode de financement des services d'urgences et à celui du développement des prises en charge non programmées en ville. Elle a donc considéré que cette question méritait d'être retravaillée en ce sens.

- Il faut enfin souligner que **certaines des réformes proposées, même aux objectifs louables, portent encore en elles un grand nombre d'interrogations.**

On a entendu, au cours des dernières semaines, que la réforme du « **reste à charge zéro** » - traduction d'un engagement de la campagne présidentielle - suscite le scepticisme chez nos concitoyens. Tout en soulignant des points de vigilance<sup>2</sup>, votre commission a approuvé, dans les grandes lignes, le cadre général défini pour cette réforme dont les conséquences concrètes ne pourront réellement s'apprécier, toutefois, qu'au vu des modalités précises retenues pour sa mise en œuvre. À ce stade, de nombreuses inconnues demeurent, à la fois sur l'équilibre financier de la réforme, l'attractivité des offres des paniers 100 % santé ou encore son impact économique sur les acteurs notamment dans la filière optique. C'est la raison pour laquelle votre commission s'attachera à dresser, le moment venu, une évaluation précise de cette réforme potentiellement décevante.

C'est le cas également des évolutions portées par l'**article 47** s'agissant du **congé de maternité des femmes non salariées**. Ces dispositions poursuivent un objectif louable en ce qu'elles visent à garantir une durée minimale effective du congé de maternité harmonisée entre les salariées et les non salariées. La mesure proposée pourrait cependant se révéler désincitative en pratique : en étendant aux non salariées le mécanisme d'une durée minimale d'interruption d'activité conditionnant le bénéfice des prestations de maternité, elle pourrait conduire certaines femmes à privilégier la poursuite de leur activité plutôt que la prise effective d'un congé de maternité. Il pourrait en résulter une dégradation de l'indemnisation de ce congé pour les travailleuses non salariées, à rebours de l'objectif affiché par le présent article.

---

<sup>1</sup> « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé », rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Laurence Cohen, Catherine Génisson et René-Paul Savary, au nom de la commission des affaires sociales, Sénat, 26 juillet 2017.

<sup>2</sup> Voir sur ce point le commentaire de l'article 33.

---

## TROISIÈME PARTIE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

---

Le financement des dépenses de *soins* des établissements et services médico-sociaux, assuré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), procède de plusieurs sources. Pour sa très grande majorité, il provient d'une **fraction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie** (Ondam), dont le montant indicatif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) est ensuite affiné et déterminé par arrêté ministériel.

La part restante est abondée par des prélèvements spécifiques sur les **ressources propres de la CNSA** parmi lesquels :

- une fraction de la **contribution de solidarité pour l'autonomie** (CSA), dont l'assiette recoupe, d'une part celle des cotisations patronales d'assurance maladie et d'autre part les revenus du patrimoine et les produits de placement ;
- depuis la LFSS pour 2017, une **fraction du prélèvement social** opéré sur les produits de placement et sur les revenus du patrimoine ;
- depuis la LFSS pour 2018, une fraction de la **contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie** (Casa), prélèvement dû sur tous les avantages de retraite au-delà d'un certain montant.

L'ensemble de ces ressources forme l'**objectif global de dépenses** (OGD), dont le niveau est également fixé par arrêté ministériel. **L'OGD est exclusivement dédié au financement des établissements et services médico-sociaux.**

Le reliquat des ressources propres de la CNSA est consacré au financement des deux principales **allocations compensatoires**, l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH), ainsi qu'à diverses actions de soutien et d'investissement du secteur.

## I. LE FINANCEMENT DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

### A. LES DÉPENSES DE SOINS EN ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX : UN ONDAM AU RYTHME D'ÉVOLUTION RALENTI, DONT LE NIVEAU APPELLE LE RELAIS DES RESSOURCES PROPRES DE LA CNSA

#### 1. Le tendancier des dépenses de soins du secteur médico-social : une construction contestable, des mesures nouvelles en diminution

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie (« comité d'alerte de l'Ondam ») indique dans son avis du 15 octobre 2018<sup>1</sup> que l'évolution des dépenses de soins en établissements et services médico-sociaux se situe à environ **3,9 % en 2018** et devrait subir une diminution à **3,6 % en 2019**.

La détermination de cette évolution n'obéit pas, à l'instar des autres sous-objectifs de l'Ondam, à l'élaboration d'un *tendancier*. L'évolution des dépenses de soins en établissements et services médico-sociaux n'est pas établie par estimation, c'est-à-dire en référence à des hypothèses retenues *a priori*, mais « par approximation, en majorant les dépenses constatées des mesures nouvelles et de la prise en compte de *l'inflation* »<sup>2</sup>. Il ne s'agit donc pas d'une tendance qui reflète les besoins exprimés par le secteur concerné, mais d'une tendance *construite* à partir des engagements pris discrétionnairement par les autorités budgétaires<sup>3</sup>.

Les « **mesures nouvelles** » découlent en partie de l'évolution de la masse salariale et, pour le secteur des personnes âgées, des crédits spécifiquement alloués à l'accompagnement de la réforme tarifaire des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Ces mesures nouvelles se retracent aisément en comparant les dotations régionales limitatives (DRL) initiales de l'exercice 2018, qui figurent à la circulaire budgétaire afférente<sup>4</sup>, aux crédits constatés en juillet 2018 au sein du deuxième budget rectificatif de la CNSA<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> Avis du Comité d'alerte n° 2018-3 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

<sup>2</sup> Cour des comptes, Rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018.

<sup>3</sup> Notre collègue Philippe MOUILLER a relevé dans un rapport récent (Repenser le financement du handicap pour accompagner la société inclusive, rapport n° 35, octobre 2018) la nature exclusivement « descendante » de la décision budgétaire en matière médico-sociale.

<sup>4</sup> Instruction n° DGCS/SD5C/DSS/SD1A/CNSA/DESMS/2018/121 du 15 mai 2018 relative aux orientations de l'exercice 2018 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées.

<sup>5</sup> Annexe 8 du PLFSS pour 2019, comptes de la CNSA.

### Mesures nouvelles en 2018

(en millions d'euros)

	Début 2018	Juillet 2018	Mesures nouvelles
Personnes âgées	10 024	10 460	436
Personnes handicapées	11 311	11 645	334
Total	21 335	22 105	770
Évolution			+ 3,6 %

Source : Commission des affaires sociales

On déduit de cette évolution (inférieure de seulement 0,3 point à l'évolution tendancielle annoncée pour 2018) que l'essentiel des dépenses annoncées par le tendanciel a été engagé à ce jour et que les chiffres dont nous disposons actuellement peuvent être considérés comme représentatifs des engagements de l'exercice.

À partir des données dont dispose votre rapporteur, il est possible d'avancer la ventilation suivante de ces mesures nouvelles financées en 2018.

### Répartition des crédits des mesures nouvelles en 2018

(en millions d'euros)

Personnes âgées		Personnes handicapées	
Évolution de la masse salariale et des autres dépenses à 0,7 %	70	Évolution de la masse salariale et des autres dépenses à 0,88 %	186
Réforme tarifaire des Ehpad	116 <sup>1</sup>		
Extension des astreintes de nuit	10	Prévention des départs en Belgique	15
Extension du tarif global	10		
<b>Créations nettes</b>	<b>230</b>	<b>Créations nettes</b>	<b>133</b>
<b>Total</b>	<b>436</b>	<b>Total</b>	<b>334</b>

Source : Circulaire budgétaire, dossier de presse du PLFSS pour 2018

Ainsi, sur les 770 millions d'euros de mesures nouvelles financées sur l'exercice 2018, seuls **363 millions d'euros** (soit moins de la moitié) auraient été consacrés à l'augmentation de l'offre médico-sociale destinée aux personnes âgées et handicapées.

En conséquence, votre rapporteur souligne le ralentissement à 3,6 % de l'évolution tendancielle des dépenses annoncé pour 2019. Compte tenu de la dynamique haussière de l'évolution des prix, cet important ralentissement anticipe **une diminution nette des mesures nouvelles pour 2019**.

<sup>1</sup> Chiffre avancé par la CNSA au cours de son audition par votre rapporteur.

Cette diminution, cohérente avec l'ambition affichée par le Gouvernement d'amorcer un « **virage inclusif** » de l'offre médico-sociale, qui préfère l'organisation de parcours personnalisés à l'ouverture de places nouvelles, inquiète votre rapporteur. Le maintien d'incertitudes importantes sur les réformes tarifaires des deux secteurs ne fournit pas le cadre propice à la diminution des moyens alloués et à la redéfinition de l'offre que de nombreux gestionnaires estiment à « marche forcée ».

## 2. L'aggravation de la sous-consommation de l'Ondam médico-social en 2018

Parmi les sources de financement des dépenses de soins médico-sociaux, la fraction consacrée de l'Ondam, dite « Ondam médico-social », représente près de **95 % du montant total**. Le montant de cette fraction, voté chaque année par le Parlement, fait l'objet de variations plus ou moins importantes au cours de l'exercice suivant.

### Ondam médico-social

(en millions d'euros)

	2017			2018 (p)			2019 (p)		
	PA	PH	Total	PA	PH	Total	PA	PH	Total
Montant annoncé (LFSS pour n)	9 100	11 000	20 100	9 300	11 200	20 500	9 400	11 300	20 700
Montant arrêté (arrêté ministériel)	9 050,4	11 020,1	20 070,5	9 315,6	11 201,4	20 517			
Montant constaté (LFSS pour n+1)	9 050	10 950	20 000	9 200	11 100	20 300			
Écart constaté (« débasage »)	- 50	- 50	- 100	- 100	- 100	- 200			

Source : LFSS pour 2017 et 2018, PLFSS pour 2019

En raison de sources qui ne sont pas toujours à jour, il est malaisé d'établir le montant de l'Ondam médico-social réalisé de l'année en cours. L'annexe 8 du PLFSS pour 2019, qui fournit les éléments chiffrés du deuxième budget rectificatif de la CNSA établi en juillet, reprend généralement des chiffres figurant à l'arrêté ministériel de répartition de l'Ondam médico-social pour l'année en cours. Pour l'année 2018, cet arrêté<sup>1</sup> fixe à 20 517 millions d'euros le montant global de l'Ondam médico-social, soit 517 millions d'euros de plus que le montant annoncé dans la LFSS pour 2018.

<sup>1</sup> Arrêté du 18 mai 2018 fixant pour l'année 2018 la contribution des régimes d'assurance maladie, l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code.

Or l'article 6 du PLFSS pour 2019, qui présente l'exécution de l'Ondam pour l'exercice en cours, fait état des chiffres les plus récents et situe **l'Ondam médico-social constaté à 20,3 milliards d'euros, soit 200 millions d'euros de moins** que le montant annoncé en LFSS pour 2018.

Cette réduction de l'Ondam médico-social en cours d'exercice, appelée couramment « débasage », se fonde sur l'article L. 162-22-2-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la mise en réserve d'une fraction du montant global de l'Ondam, de manière à ajuster le montant des dépenses d'assurance maladie en fonction d'impératifs non anticipés. Il s'agit de la pratique des « gels », qui consiste à transférer en cours d'année, par arrêté ministériel, des crédits d'un sous-objectif à un autre au sein de l'Ondam. Depuis 2015, ces transferts de crédits ont systématiquement entraîné une **sous-consommation de l'Ondam médico-social initial**, au profit de l'Ondam des soins de ville, dont les dépenses connaissent un dépassement récurrent.

Ce « débasage » s'était élevé à 283 millions d'euros en 2016, avant de connaître une réduction notable en 2017 : annoncée à 100 millions d'euros par la LFSS pour 2018, la **sous-consommation de l'Ondam médico-social en 2017** a été chiffrée par la commission des comptes de la sécurité sociale et le comité d'alerte de l'Ondam à **75 millions d'euros**. Le mouvement s'inverse à nouveau en 2018, avec une sous-consommation escomptée par le PLFSS pour 2019 de près de **200 millions d'euros**.

Ce chiffre fait encore l'objet d'incertitudes. Dans son avis du 30 mai 2018, le comité d'alerte de l'Ondam relevait que le « débasage » de l'Ondam médico-social s'élevait à 152 millions d'euros. Ce chiffre a été repris en juin 2018 par la commission des comptes de la Sécurité sociale. L'estimation la plus récente, rendue par le comité d'alerte dans son dernier avis du 15 octobre, revoit ce montant à la hausse en le portant à 200 millions d'euros.

Le maintien du niveau initial des dépenses de soins en établissements médico-sociaux est assuré chaque année par un **prélèvement sur l'excédent de trésorerie de la CNSA**. Les estimations initiales du « débasage » de l'exercice en cours, régulièrement réduites *a posteriori* par les instances de surveillance des comptes de la sécurité sociale, en rendent le suivi particulièrement opaque.

### **3. L'évolution de l'Ondam médico-social : un ralentissement qui appelle le relais des ressources propres de la CNSA**

La participation financière de l'Ondam médico-social au maintien du niveau d'ensemble de l'Ondam global en 2018 modifie profondément son rythme d'évolution réel, par rapport à son rythme d'évolution affiché.

## Évolution prévisionnelle et réalisée de l'Ondam médico-social

		Montant (en millions d'euros)	Évolution
2016	<i>Ondam initial</i>	18 200	
	<b>Ondam réalisé</b>	<b>17 900</b>	
2017	<i>Ondam initial</i>	20 100	+ 10,4 %
	<b>Ondam réalisé</b>	<b>20 000</b>	<b>+ 11,73 %<sup>1</sup></b>
2018	<i>Ondam initial</i>	20 500	+ 1,99 %
	<b>Ondam réalisé</b>	<b>20 300</b>	<b>+ 1,5 %</b>
2019	<i>Ondam initial</i>	20 700	+ 0,98 %

Source : LFSS pour 2016, 2017 et 2018, PLFSS pour 2019

Les taux d'évolution de l'Ondam médico-social affichés aux dossiers de presse des PLFSS ainsi qu'aux budgets rectificatifs des comptes de la CNSA souffrent d'un défaut de construction méthodologique qui compromet leur fiabilité<sup>2</sup>. Ils tiennent compte du débasage intervenu lors de l'exercice précédent, mais n'intègrent souvent pas celui de l'exercice en cours (qui figure pourtant au PLFSS pour l'exercice à venir), ce qui permet d'**avancer des taux d'évolution surévalués**.

Pour l'exercice 2018, l'évolution réelle de l'Ondam médico-social s'est élevée à **1,5 %**.

Cela étant, une estimation sincère de l'évolution des dépenses de soins en établissements et services médico-sociaux doit également intégrer la part des ressources propres de la CNSA que cette dernière consacre à ces dépenses et qui, réunie à l'Ondam médico-social, forme l'objectif global de dépenses (OGD).

<sup>1</sup> Cette évolution exceptionnelle s'explique par l'intégration en 2017 des établissements et services d'aide par le travail (Esat) au périmètre de financement de l'assurance maladie.

<sup>2</sup> Sans mentionner les confusions fréquemment commises entre évolution de l'Ondam médico-social et évolution de l'objectif global de dépenses (OGD).

### Décomposition de l'objectif global de dépenses (OGD)

(en millions d'euros)

	2017	2018
<b>Ondam médico-social</b>	20 000	20 300
<b>Prélèvement sur l'excédent de trésorerie de la CNSA</b>	100	200
<b>Contribution de solidarité pour l'autonomie</b>	1 267,5	1 306,4
<b>Fraction du prélèvement social sur les revenus du capital</b>	128,1	129,5
<b>Contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie</b>	0	101
<b>Objectif global de dépenses</b>	<b>21 495,6</b>	<b>22 036,9</b>
<b>Évolution générale</b>		<b>+ 2,52 %</b>
<i>dont Ondam médico-social</i>		+ 1,5 %
<i>dont ressources propres de la CNSA</i>		+ 18,14 %

Source : LFSS pour 2018, PLFSS pour 2019

On constate que le soutien de l'évolution des dépenses de soins du secteur médico-social doit beaucoup plus au dynamisme des ressources propres de la CNSA qui y sont consacrées (+ 18,14 %) qu'à celui des dépenses d'assurance maladie proprement dites (+ 1,5 %). Ce dynamisme est le fruit d'un double effet :

- la tendance haussière des ressources propres de la CNSA, composées de prélèvements fiscaux assis sur des bases relativement dynamiques (revenus d'activité, revenus du capital et du patrimoine, pensions de retraite) ;

- l'affectation aux dépenses de soins par la LFSS pour 2018 d'une fraction substantielle de la Casa (13,2 %), initialement consacrée au financement de l'APA.

Les dépenses de soins du secteur médico-social ont donc connu en 2018 une **augmentation de 2,52 %**.

Or l'évolution tendancielle de ces dépenses est estimée par le comité d'alerte de l'Ondam à **3,9 %**, ce qui les porterait à la fin de l'exercice 2018 à environ 22 278 millions d'euros. La CNSA pourrait donc afficher en 2018 un **déficit sur les dépenses de soins** en établissements et services médico-sociaux d'environ **241,1 millions d'euros**, qu'elle sera contrainte d'à nouveau résorber au moyen de ses excédents de trésorerie.

## **B. LES COMPTES DE L'OPÉRATEUR FINANCIER : LA CNSA BIENTÔT À COURT DE TRÉSORERIE**

Bien que le budget de la CNSA soit très majoritairement consacré au financement des dépenses de soins médico-sociaux (pour près de 83,1 % en 2017), retracées dans sa section I, la Caisse finance d'autres actions dont :

- le concours national au financement de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA), retracé dans sa section II ;
- le concours national au financement de la prestation de compensation du handicap (PCH), retracé dans sa section III ;
- des dépenses relatives au parcours des personnes âgées ou handicapées en dehors des établissements et services (prévention, habitat inclusif, versement d'aides *via* la conférence des financeurs), retracées dans sa section V ;
- des dépenses relatives aux personnes qui entourent les personnes âgées ou handicapées (aidants et accueillants familiaux), retracées dans sa section IV ;
- des dépenses d'investissement, retracées dans sa section VII.

### **1. L'exécution 2017 : les dépenses engagées non consommées à un niveau toujours inquiétant**

Le budget 2017 de la CNSA affiche un second exercice déficitaire et confirme une tendance engagée depuis 2015. Le budget rectificatif de la CNSA figurant à l'annexe 8 du PLFSS pour 2019 indique un « **déficit** » **global de 120 millions d'euros pour 2017**.

Votre rapporteur souhaite rappeler que, à l'instar des exercices précédents, ce déficit consolidé intègre d'importants mouvements de trésorerie infra-annuels et n'est que très partiellement le reflet de la gestion réelle de la Caisse. Davantage assimilable en comptabilité à un élément de bilan qu'à un élément de compte de résultat, c'est très improprement qu'on le désigne comme un « déficit ».

Son niveau relativement modéré est en très grande partie dû à des **reprises sur provisions conséquentes de près de 740 millions d'euros**, qui sont elles-mêmes la conséquence de postes de dépenses engagées mais non consommées.

Le tableau ci-après en fournit le détail pour 2017.

**Tableau des flux de trésorerie de la CNSA pour l'exercice 2017**

(en millions d'euros)

Montant initial	Flux de trésorerie positifs		Flux de trésorerie négatifs		Montant final
	Provisions reprises sur les fonds relatifs à l'APA 1 (section II)	211,1	<b>Déficit réel 2017</b> <i>dont la couverture du débasage de l'Ondam médico-social et la contribution des fonds propres à l'OGD</i>	861	
	Provisions reprises sur les fonds relatifs à l'APA 2 (section II)	128,5			
	Provisions reprises sur le <b>plan d'aide à la modernisation</b> (section V)	166			
	Provisions reprises sur les fonds relatifs au <b>financement des conférences des financeurs</b> (section V)	69,4			
	Provisions reprises sur les fonds relatifs à la « <b>réponse accompagnée pour tous</b> » (section V)	1,9			
	Provisions reprises sur le <b>plan d'aide à l'investissement</b> (section VII)	16,5			
	Autres provisions	90			
<b>681<sup>1</sup></b>	<b>+</b>	<b>741</b>	<b>-</b>	<b>861</b>	<b>561</b>
<b>Évolution de l'excédent de trésorerie</b>					<b>- 120</b>

Source : Commission des affaires sociales

Le déficit réel de la CNSA, fondé sur la prise en compte des dépenses engagées, est en réalité **légèrement supérieur à 860 millions d'euros**. Ce déficit est entièrement **absorbé par l'excédent de trésorerie de la CNSA**, lui-même entretenu par les reprises sur provisions<sup>2</sup>.

Le niveau très important des dépenses engagées non consommées, notamment celles relatives aux dépenses d'APA (près de **340 millions d'euros**), ne laisse par ailleurs pas d'alarmer votre rapporteur.

**2. L'exécution 2018 : une importante aggravation du déficit de la CNSA**

Les chiffres dont votre rapporteur dispose pour l'exercice 2018 lui font prévoir une aggravation très nette du déficit de la caisse. Le déficit réel, estimé à partir des données de l'annexe 8 du PLFSS pour 2019 **en tenant compte du débasage de l'Ondam médico-social pour 2018** mais **sans prise en compte des reprises sur provisions**, est calculé comme suit.

<sup>1</sup> D'après le rapport annuel de la CNSA, avril 2018.

<sup>2</sup> Le montant de cet excédent de trésorerie, souvent désigné comme « réserves » ou « fonds propres » de la CNSA, ne fait l'objet d'un chiffrage précis que très tardivement au cours de l'exercice. En février 2018, la Cour des comptes estimait son niveau à 297 millions d'euros fin 2017, alors que son niveau s'établissait plutôt à plus de 560 millions d'euros.

**Budget de la CNSA pour 2018***(en millions d'euros)*

	<b>Charges</b>	<b>Produits</b>	<b>Résultat</b>
Section I <i>Sous-section PH</i>	11 645	11 522,8	- 122,2
Section I <i>Sous-section PA</i>	10 460	10 314,1	- 145,9
Section II	2 779	2 434,6	- 344,4
Section III	873	750	- 123
Section IV	182	81	- 101
Section V	382	188,4	- 193,6
Section VI	22	0	- 22
Section VII	173	0	- 173
<b>Total</b>	<b>26 516</b>	<b>25 290,9</b>	<b>- 1 225,1</b>

*Source : Annexe 8 du PLFSS pour 2019*

Le déficit réel, estimé à un peu plus de **1,2 milliard d'euros en 2018**, connaît donc une aggravation d'un peu plus de 400 millions d'euros.

Lors de son audition par votre rapporteur, la CNSA a estimé le niveau de son excédent de trésorerie à la fin de l'exercice 2018 à environ 440 millions d'euros. Si l'on tient compte de son niveau initial d'environ 560 millions d'euros, votre rapporteur déduit que le montant des dépenses engagées non consommées en 2018 s'élèverait en fin d'exercice à 1 105 millions d'euros, niveau particulièrement élevé<sup>1</sup>.

**Estimation des dépenses engagées non consommées de la CNSA en 2018***(en millions d'euros)*

<b>Excédent de trésorerie en fin d'année</b>	+	<b>Déficit réel de la Caisse</b>	-	<b>Excédent de trésorerie en début d'année</b>	=	<b>Montant des dépenses engagées non consommées</b>
440	+	1 225	-	560	=	1 105

*Source : Commission des affaires sociales*

Les caractères actuels du modèle financier de la CNSA ne sont par conséquent plus tenables. Il n'est plus admissible que l'équilibre de l'opérateur financier de l'accompagnement du grand âge et du handicap repose sur une **sous-consommation de plus en plus importante des dépenses qu'il engage**. La pérennité de cette pratique est d'autant plus menacée que les ordonnateurs secondaires de ces dépenses (agences régionales de santé, conseils départementaux, conférences des financeurs) sont tous opérationnels et atteignent la limite de leurs ressources propres.

<sup>1</sup> Le budget rectificatif de la CNSA figurant à l'annexe 8 du PLFSS pour 2019, qui ne tient pas compte du débasage de l'Ondam médico-social, les évalue en juillet 2018 à 710 millions d'euros.

### 3. Les prévisions pour 2019

#### *a) D'importants prélèvements à venir sur la trésorerie de la CNSA*

Plusieurs éléments de prévision pour 2019 ont été communiqués à votre rapporteur.

En premier lieu, la mise en œuvre d'une réforme du financement de la dépendance, actuellement menée sous l'égide de M. Dominique Libault, devrait permettre de passer dès 2020 à un modèle tarifaire revisité et viabilisé. L'exercice 2019 devrait donc logiquement fournir la dernière occurrence d'un modèle financier ayant depuis quelques années largement démontré ses limites.

Votre rapporteur signale l'annonce d'un programme de prélèvement des excédents de trésorerie de la CNSA particulièrement élevé. La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a ainsi indiqué qu'outre une contribution exceptionnellement importante de **235 millions d'euros** au financement des dépenses de soins, l'excédent de trésorerie de la CNSA serait mobilisé pour **130 millions d'euros** au titre du plan d'aide à l'investissement (PAI), **50 millions d'euros** pour le fonds de soutien à la réforme tarifaire des services d'aide à domicile (SAAD), **60 millions d'euros** pour le financement des trajets des salariés des SAAD et **15 millions d'euros** au titre de l'habitat inclusif instauré par l'article 45 *bis* de la loi portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique (ELAN).

Ce sont donc **490 millions d'euros** qui seront prélevés en 2019 sur la trésorerie de la CNSA, dans l'objectif manifeste d'épuiser ce « trésor de guerre ».

#### *b) Une modification des ressources propres de la CNSA*

L'article 19 du PLFSS pour 2019 introduit une modification importante des ressources propres de la CNSA en substituant à la CSA prélevée sur les revenus du patrimoine et du capital ainsi qu'à la fraction du prélèvement social sur le capital et le patrimoine **une fraction de 0,23 % du produit de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus d'activité et de remplacement.**

Parallèlement, le prélèvement additionnel de 0,3 % sur les revenus du capital et du patrimoine (la « CSA sur les revenus du patrimoine et du capital ») ainsi que la fraction du prélèvement social **ne figureront plus en 2019 parmi les ressources propres de la CNSA.**

### **Jurisprudence De Ruyter et affectation des produits de la CSG à la CNSA**

Jusqu'à la fin de l'exercice 2015, une fraction du produit de la CSG (sans restriction d'assiette) figurait parmi les ressources propres de la CNSA destinées à assurer le financement des dépenses de soins.

Or l'arrêt « De Ruyter » du 26 février 2015 de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE)<sup>1</sup> a réaffirmé le principe d'unicité d'affiliation à un régime de sécurité sociale pour tout affilié ressortissant d'un État membre de l'Espace économique européen (EEE). En conséquence de ce principe, les affiliés d'un régime de sécurité sociale étranger, ayant acquitté la CSG et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sur leurs revenus du capital ou du patrimoine, se sont vus ouvrir un droit au remboursement de ces prélèvements, au motif que ces derniers étaient affectés au **financement de régimes obligatoires de sécurité sociale français, au rang desquels figurent les dépenses de soins médico-sociaux**.

La LFSS pour 2016 a par conséquent soustrait les produits de la CSG des ressources propres de la CNSA.

La CSA sur les revenus du patrimoine et du capital ainsi que la fraction du prélèvement social ont néanmoins été exclues de ce droit à remboursement et maintenues dans les ressources propres de la Caisse, dans la mesure où elles ne finançaient pas obligatoirement les dépenses de soins assurées par la section I du budget de la CNSA, mais des dépenses de solidarité assurées par ses autres sections (l'APA et la PCH notamment).

L'article 19 du PLFSS pour 2019 réintroduit une fraction de la CSG au sein des ressources propres de la CNSA, mais **limite son assiette aux seuls revenus d'activité et de remplacement**, permettant ainsi d'en exclure tous les affiliés d'un régime de sécurité sociale européen.

Ainsi, les nouvelles modalités de répartition de la fraction de CSG en 2019 sont à établir en étroite dépendance avec la **répartition actuelle des ressources propres de la CNSA**, dont le tableau ci-après donne le détail.

---

<sup>1</sup> CJUE, 26 février 2015, aff. C-623/13.

### Répartition des ressources propres de la CNSA en 2018

		Critères de financement définis aux articles L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles	Montant (en millions d'euros)	Proportion de la ressource propre considérée
<b>Section I</b>	PH	Entre 10 et 14 % de CSA	338,7	13,88 %
		6,6 % de CASA	50,5	6,58 %
		<i>Prélèvement social sur les revenus du capital [facultatif]</i>	33,6	1,82 %
		<b>Total</b>	<b>422,8</b>	
	PA	40 % de CSA	967,7	39,66 %
		6,6 % de CASA	50,5	6,58 %
		<i>Prélèvement social sur les revenus du capital [facultatif]</i>	95,9	5,20 %
		<b>Total</b>	<b>1 114,1</b>	
<b>Section II</b>	20 % de CSA	483,9	19,83 %	
	Entre 74 et 82 % de la fraction du prélèvement social sur les revenus du capital	1 480,7	80,34 %	
	61,4 % de CASA	470	61,28 %	
	<b>Total</b>	<b>2 434,6</b>		
<b>Section III</b>	Entre 26 et 30 % de CSA	629	25,78 %	
	<i>Prélèvement social sur les revenus du capital [facultatif]</i>	121	6,57 %	
	<b>Total</b>	<b>750</b>		
<b>Section IV</b>	Entre 4 et 10 % de la fraction du PSK	75	4,07 %	
	Moins de 12 % de CSA	0	0,00 %	
	Moins de 4 % de CASA	6	0,78 %	
	<b>Total</b>	<b>81</b>		
<b>Section V</b>	PA	Au moins 23,9 % de CASA	183,4	23,91 %
	PH	Une fraction de CASA	5	0,65 %
	<b>Total</b>		<b>188,4</b>	

Source : CASF, annexe 8 du PLFSS pour 2019

L'article 19 du PLFSS pour 2019, après avoir été utilement modifié à l'Assemblée nationale par un amendement du Gouvernement<sup>1</sup>, définit les nouvelles clefs de répartition de la fraction de CSG entre les différentes sections budgétaires de la CNSA. En faisant l'hypothèse d'une **stabilité du niveau des ressources propres par section**, votre rapporteur est en mesure de proposer les taux de répartition de CSG suivants.

### Projection des ressources propres de la CNSA en 2019

		Nouveaux critères de financement introduits par l'article 19 du PLFSS pour 2019	Montant (en millions d'euros)	Proportion de la ressource propre considérée
Section I	PH	Entre 10 et 14 % de CSA	281,5	13,88 %
		6,6 % de CASA	50,6	6,60 %
		<i>Au moins 1,8 % de CSG</i>	<i>90,7</i>	<i>4,01 %</i>
		<b>Total</b>	<b>422,8</b>	
	PA	40 % de CSA	804,3	40 %
		6,6 % de CASA	50,6	6,60 %
		<i>Au moins 7,1 % de CSG</i>	<i>259,2</i>	<i>11,45 %</i>
		<b>Total</b>	<b>1 114,1</b>	
Section II	20 % de CSA	405,6	20 %	
	<i>Au moins 64,3 % de la fraction de CSG</i>	<i>1 558,1</i>	<i>68,82 %</i>	
	61,4 % de CASA	470,9	61,40 %	
	<b>Total</b>	<b>2 434,6</b>		
Section III	Entre 26 et 30 % de CSA	527,3	26,00 %	
	<i>Au moins 4,6 % de CSG</i>	<i>222,7</i>	<i>9,84 %</i>	
	<b>Total</b>	<b>750</b>		
Section IV	<i>Entre 3,3 et 8,2 % de CSG</i>	<i>75</i>	<i>3,31 %</i>	
	Moins de 12 % de CSA	0	0,00 %	
	Moins de 4 % de CASA	6	0,78 %	
	<b>Total</b>	<b>81</b>		
Section V	PA	Au moins 23,9 % de CASA	183,3	23,90 %
	PH	Une fraction de CASA	5	0,65 %
	<b>Total</b>		<b>188,3</b>	

Source : Annexe 8 du PLFSS pour 2019, commission des affaires sociales

<sup>1</sup> Amendement n° 1318.

---

## II. LA RÉFORME TARIFAIRE DU SECTEUR DU GRAND ÂGE : LE PLUS DUR RESTE À VENIR

### A. UN CYCLE DE TRAVAUX EN 2018 A VISÉ À L'OBJECTIVATION DE L'IMPACT RÉEL DE LA RÉFORME TARIFAIRE DES EHPAD

La réforme tarifaire des Ehpads s'appuie sur plusieurs dispositions législatives et réglementaires découlant de la loi du 28 décembre 2015 portant adaptation de la société au vieillissement (ASV), dont l'impact global n'a pu être véritablement objectivé qu'à partir de l'été 2017.

Une première étape de la réforme s'est concentrée sur la modification du calcul du forfait-soins financé par l'OGD et versé aux Ehpads par les ARS. En toute logique, ce premier changement tarifaire a été successivement inscrit aux LFSS pour 2017 et 2018, et s'est traduit par une augmentation globale de la dotation aux soins des Ehpads de 185 millions d'euros en 2017 et de 126 millions d'euros en 2018<sup>1</sup>. La mobilisation conséquente de ces financements supplémentaires a entraîné un gain financier substantiel pour une large majorité d'établissements, tous secteurs confondus, sur leur forfait-soins. Ce gain s'explique d'abord par l'effort porté par le Gouvernement sur l'OGD, mais aussi par l'introduction d'une équation tarifaire pour la détermination du forfait-soins, se substituant à l'ancien système qui se contentait de définir une dotation plafond.

La seconde étape de la réforme tarifaire a porté sur le calcul du forfait-dépendance financé et versé aux Ehpads par le conseil départemental. D'emblée, en raison de l'hétérogénéité des pratiques locales et de l'autonomie financière des collectivités territoriales, la réforme du forfait-dépendance s'exposait au risque d'impacts financiers négatifs. Alors que son ambition, identique à celle de la réforme du forfait-soins, visait à rapprocher la dotation versée par les conseils départementaux des besoins réels des établissements, ses effets ont été insuffisamment anticipés en raison d'une faible prise en compte de l'écart par rapport aux dotations historiques. Les premières remontées en ont été connues au cours de l'été 2017, qui ont dénoncé la perte financière entraînée par l'équation du nouveau forfait-dépendance, essentiellement subie par les Ehpads du secteur public.

La discussion du PLFSS pour 2018 a permis à la commission des affaires sociales du Sénat de mettre en garde le Gouvernement contre les effets financiers potentiellement importants que le nouveau forfait-dépendance pouvait avoir sur le secteur public.

---

<sup>1</sup> Qui se déclinent en 100 millions d'euros initiaux au titre de la réforme tarifaire, 10 millions d'euros au titre du développement expérimental de l'astreinte infirmière de nuit et 16 millions supplémentaires au titre des établissements en difficulté tarifaire.

Dans une lettre adressée au président de la commission des affaires sociales le 30 octobre 2017, la ministre des solidarités et de la santé admettait que le solde de la convergence dépendance était négatif de 65,6 millions d'euros pour les Ehpad publics, mais que ce dernier serait largement compensé par le solde de la convergence soins du secteur public, positif de 165,8 millions d'euros. Ce raisonnement par grandes masses se montrait insuffisamment attentif aux équilibres des situations individuelles des établissements publics, qui pouvaient répondre à trois cas de figure : hausse de leur dotation du fait d'une double convergence à la hausse des forfaits soins et dépendance, hausse de leur dotation du fait d'une convergence à la hausse du forfait-soins suffisante pour compenser une convergence à la baisse du forfait-dépendance, baisse de leur dotation du fait d'une double convergence à la baisse de leur forfait.

Selon la ministre, seuls 3 % des établissements tous secteurs confondus se trouvaient dans ce dernier cas, pour lequel 28 millions d'euros étaient provisionnés par la LFSS<sup>1</sup>.

Le travail conduit par votre rapporteur, examiné par la commission des affaires sociales le 7 mars 2018<sup>2</sup>, réitérait ses doutes quant à ce chiffrage, tiré d'une enquête diligentée par la DGCS et la CNSA et fondée sur des états financiers exclusivement consolidés de structures médico-sociales. Par ailleurs, le rapport contestait les limites d'un raisonnement qui se contentait de mesurer les impacts financiers de la réforme tarifaire par secteur d'activité.

Lors de son audition par la commission des affaires sociales du Sénat le 7 mars 2018, la ministre avait elle-même nuancé ses conclusions préalables. Le rapport de M. Pierre Ricordeau<sup>3</sup> a confirmé ce positionnement, en établissant le **pourcentage d'établissements globalement perdants à la réforme autour de 20 à 25 % tous secteurs confondus, et entre 35 et 40 % pour le secteur public**. Aux termes du rapport, « ces chiffres montrent que les situations antérieures, que les convergences viennent corriger, étaient inégales entre les secteurs mais les causes de ces inégalités ne sont pas suffisamment approfondies aujourd'hui et leur résorption pose clairement un problème de gestion de la transition » entre l'ancien mode de financement et le nouveau.

---

<sup>1</sup> Ces 28 millions d'euros étaient par conséquent compris dans l'enveloppe initiale de 100 millions d'euros initialement prévue par le PLFSS pour 2018. Il était à ce titre surprenant – et peu rigoureux – de compenser par une dépense nationale et ponctuelle les conséquences d'un financement local entièrement redéfini.

<sup>2</sup> B. BONNE, Ehpad : quels remèdes ? Rapport d'information n° 341.

<sup>3</sup> P. RICORDEAU, Relevé des échanges et propositions de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, avril 2018.

---

## B. LE RAPPORT RICORDEAU : DIAGNOSTIC ET PORTÉE

### 1. Un diagnostic qui rejoint à bien des égards les conclusions de la commission des affaires sociales

Outre une objectivation des impacts réels de la réforme tarifaire sur l'équilibre financier des Ehpad, le rapport de Pierre Ricordeau, inspecteur général des affaires sociales et chargé par le ministère des solidarités et de la santé d'une mission de médiation entre les pouvoirs publics et les grandes fédérations d'établissements, procède à trois principaux constats, préalablement formulés par votre rapporteur.

- Les dotations budgétaires de l'établissement étant désormais directement liées aux besoins de la personne, la juste mesure de ces derniers a acquis une importance centrale. En effet, les deux nouvelles équations tarifaires déterminant les forfaits soins et dépendance reposent désormais entièrement sur deux indicateurs de mesure du besoin en soins et du besoin en soutien à la perte d'autonomie : le Gir moyen pondéré soins (GMPS) et le Gir moyen pondéré (GMP).

Les travaux récents posent le principe suivant : pour que l'objectif du Gouvernement de faire correspondre les dotations financières des établissements aux besoins réels exprimés par les résidents soit pleinement réalisé, les paramètres de calcul de ces dotations doivent s'appuyer sur des **indicateurs fidèlement représentatifs de ces besoins**. Or si les deux rapports ont en commun de questionner la capacité du GMPS (qui est une combinaison du GMP et du Pathos moyen pondéré) à rendre précisément compte du besoin médical d'un résident, ils n'apportent pas de réponse similaire à ce problème.

Conformément aux positions déjà exprimées par le conseil de la CNSA, le rapport considère que l'intégration aux coupes Pathos (qui par combinaison de trois facteurs produit un coefficient censé refléter le besoin en soins du résident) des activités de prévention suffira à corriger le biais représentatif, d'une part en renforçant le niveau du forfait-soins, d'autre part en diminuant les dépenses de soins évitables.

Votre rapporteur s'est quant à lui montré plus sceptique quant à la **pertinence du Pathos moyen pondéré (PMP)**, qui rentre pour une part importante dans la détermination du GMPS. L'intégration de la prévention aux coupes Pathos ne modifiera pas les biais statistiques induits par la production du PMP, qui risque de maintenir le défaut de représentativité du besoin thérapeutique réel. Votre rapporteur préconise une remise à plat plus globale de l'indicateur PMP afin que sa pertinence soit plus largement questionnée<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Des travaux maintenant anciens, essentiellement menés par la communauté médicale gériatrique, en avaient déjà fait état.

- Plusieurs mesures tenant à l'organisation du travail en Ehpad et à la redéfinition des tâches de certains personnels sont communes aux deux rapports.

Les principales recommandations en la matière concernent essentiellement la possibilité pour les gestionnaires d'établissement de bénéficier de davantage de souplesse dans **l'aménagement du temps du travail**. Votre rapporteur rappelle qu'il a donné plusieurs pistes relatives à l'extension des plages horaires, accompagnée de repos compensateurs.

Concernant la redéfinition des tâches des personnels travaillant en Ehpad, les deux rapports se montrent favorables à l'attribution d'un pouvoir de prescription au médecin coordonnateur de l'établissement. Cette mesure constituerait un **levier puissant à la limite des dépenses de soins doublonnées**, financées d'une part par le forfait-soins de l'établissement et d'autre part par l'Ondam soins de ville *via* les prescriptions des médecins traitants des résidents.

- Le redéploiement de l'offre doit passer par un double mouvement de responsabilisation du gestionnaire et de rapprochement des acteurs.

Le rapport Ricordeau rejoint le travail de votre rapporteur dans l'importance accordée à la responsabilisation budgétaire et financière du gestionnaire d'établissement. Plusieurs mesures législatives et réglementaires ont ainsi été récemment adoptées, dont l'introduction d'un **nouvel outil comptable** (l'établissement prévisionnel de recettes et de dépenses ou EPRD) qui permet d'augmenter la porosité entre les sections tarifaires soins et dépendance, et l'attribution au gestionnaire de la **liberté d'affectation des résultats excédentaires**. Ces deux modifications ont été apportées parallèlement au renouvellement du cadre contractuel qui unit l'établissement et l'autorité tarifaire, qui seront désormais signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom).

Il identifie la responsabilisation accrue des gestionnaires comme l'un des principaux moyens d'absorption des impacts négatifs de la réforme tarifaire et, comme votre rapporteur, conditionne le succès de la réforme tarifaire à la conclusion préalable d'un Cpom, nécessaire à l'application de l'EPRD et de la liberté d'affectation. Il ne préconise néanmoins que « d'ajuster à la marge les programmations [contractuelles] sans pour autant aller, comme le souhaite votre rapporteur, jusqu'à suspendre la convergence tant que le Cpom n'est pas conclu ». Par ailleurs, le rapport préconise que soit intégré à l'EPRD et à la liberté d'affectation, au moins pour les établissements habilités à l'aide sociale, le solde de la section tarifaire hébergement.

Il se montre enfin favorable à la mobilisation du groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), forme juridique intéressante qui permettrait aux Ehpad de se rapprocher d'autres structures (notamment hospitalières) afin de fluidifier les parcours des résidents et de mutualiser certains coûts.

## 2. Un objet limité et une orientation stratégique qui reste contestable

Les mesures proposées par le rapport Ricordeau se limitent à la résolution de court terme du problème posé par la réforme tarifaire mais n'a pas pour objet de proposer de véritable alternative.

Le rapport propose de maintenir les paramètres actuels de la réforme tarifaire et d'en corriger **sur les deux prochains exercices** les impacts négatifs au cas par cas par la mobilisation de deux leviers :

- les **crédits attribués par les ARS au titre des financements complémentaires**, qui ne rentrent pas dans la nouvelle équation tarifaire du forfait-soins, et dont l'attribution relève de la compétence discrétionnaire de l'ARS, dans le cadre défini par les circulaires budgétaires ;

- le dispositif de **l'article 51 de la LFSS pour 2018, qui prévoit la possibilité de déroger aux règles de tarification des Ehpad** dans le cadre d'expérimentations ayant pour but d'optimiser le parcours de soins du résident.

Outre qu'elles ne correspondent en aucun cas par l'envergure au problème qu'elles entendent régler, ces solutions présentent des risques importants. En premier lieu, elles suggèrent en creux de recourir au cadre légal que le législateur réserve aux expérimentations *dérogatoires*, dont la durée ne peut excéder cinq ans, pour combler des lacunes financières engendrées par la simple application du droit commun de la tarification. Il s'agirait *a priori* d'un détournement de l'esprit de l'article 51 de la LFSS pour 2018, dont les effets seraient de toute façon limités dans le temps.

En second lieu, même si les crédits complémentaires distribués par les ARS peuvent tenir lieu de recours ponctuel, leur niveau actuel, porté à 50 millions d'euros par la circulaire budgétaire pour 2017, ne leur permettrait pas à terme de compenser les impacts négatifs de la réforme tarifaire. Par ailleurs, leur usage est déjà largement mobilisé par le financement de structures qui ne rentrent pas dans le cadre de l'équation tarifaire en raison d'un financement majoritairement forfaitaire (accueil de jour, hébergement temporaire, unités d'hébergement renforcé, pôles d'activités et de soins adaptés) et qui pourraient donc pâtir de ce redéploiement. Enfin, la LFSS pour 2017 a mis fin au principe du « clapet anti-retour » du niveau des financements complémentaires, permettant ainsi aux ARS de baisser d'une année sur l'autre le montant attribué aux établissements.

Afin de pallier l'incohérence précédemment mentionnée d'une compensation des effets négatifs d'un financement départemental par un financement national, le rapport Ricordeau suggère de transférer la pratique des financements complémentaires, qui n'est à présent ouverte qu'aux ARS, aux conseils départementaux, qui ne disposent pas actuellement d'autre marge de manœuvre d'attribution de leur dotation financière que l'équation tarifaire.

L'idée est intéressante, mais bute sur deux écueils :

- la capacité financière des collectivités territoriales, dont on sait qu'elle est sous contrainte ;

- sa philosophie sous-jacente, qui consiste encore une fois à pallier par du dérogatoire systématique les insuffisances du droit commun, sans remise en cause de ce dernier.

Les limites des solutions proposées par le rapport Ricordeau confirment l'urgence de la solution promue par votre rapporteur : **la fin de la double tarification des Ehpad.**

En l'absence de réforme profonde du secteur, c'est la pérennité d'un Ehpad médicalisé, alors même que beaucoup appellent au dépassement de ce modèle, qui prévaut.

Bien que le rapport Ricordeau se joigne aux travaux parlementaires préalables dans la dénonciation des limites du modèle de l'Ehpad et appelle à la rénovation en profondeur de l'accueil de la personne âgée dépendante, les préconisations qu'il formule auraient paradoxalement pour conséquence de maintenir les deux principaux écueils de l'offre existante, à savoir son excessive médicalisation et sa rigidité structurelle.

D'une part, il soutient la dynamique enclenchée par le Gouvernement depuis 2014 de consacrer annuellement 10 millions d'euros au sein de l'Ondam médico-social au **passage à l'option tarifaire dite globale**. Le principal argument avancé en faveur de l'extension du tarif global renvoie aux économies d'échelle qu'une augmentation du forfait-soins des établissements engendrerait par rapport aux dépenses de soins financées par l'Ondam soins de ville. Votre rapporteur, s'inscrivant à l'encontre des conclusions du rapport Iborra-Fiat et du rapport Ricordeau, a mobilisé plusieurs études de la Drees pour contester l'existence de telles économies d'échelle et remettre fortement en cause la pertinence du tarif global. Par ailleurs, la préconisation du rapport Ricordeau relative au tarif global revient dans les faits à dégager de nouveaux moyens financiers pour les Ehpad à l'aide d'une augmentation de leur forfait-soins, dont les critères de dépense sont essentiellement guidés par les besoins médicaux des résidents. Il s'agit donc ni plus ni moins que d'un encouragement financier à la médicalisation des établissements, alors que tous s'accordent pour promouvoir le développement d'une offre moins sanitaire.

D'autre part, bien qu'il reconnaisse la nécessité de revoir les principes d'évolution de l'offre afin de la rendre plus directement dépendante des besoins des résidents, il ne propose pas de modifier le **paradigme actuel de solvabilisation de l'établissement**. Bien que les contours de la mission de médiation confiée à P. Ricordeau n'aient pas compris de préconisations plus stratégiques sur la prise en charge, le souhait que le rapport émet de voir l'offre opérer une mue structurelle ne s'accompagne pas d'une remise en cause des principes actuels du financement des établissements par forfaits, qui éloignent mécaniquement la prise en charge proposée des besoins individuellement exprimés. L'option plus ambitieuse émise par votre rapporteur de donner plus de place à la solvabilisation de la personne reste à étudier.

De façon plus générale, en raison de leur périmètre strictement limité aux incidences de la réforme tarifaire, ces travaux n'apportent pas de réponse aux deux grands enjeux stratégiques à venir qui sont le tarif hébergement (et la question du « reste à charge ») et la soutenabilité globale de la prise en charge financière du vieillissement.



## QUATRIÈME PARTIE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

---

### I. UNE SITUATION FINANCIÈRE EXCÉDENTAIRE DURABLE

2018 devrait constituer le **sixième exercice excédentaire consécutif** pour la branche AT-MP. Sous l'effet combiné de la baisse tendancielle de la sinistralité des entreprises et du dynamisme de l'assiette des cotisations dans un contexte de reprise économique, le solde de la branche du régime général s'est établi, en 2017, à 1,13 milliard d'euros. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit une inflexion en 2018 de cet excédent qui devrait s'élever à 846 millions d'euros mais néanmoins repartir à la hausse à partir de 2019.

#### **A. LA BONNE SANTÉ FINANCIÈRE DE LA BRANCHE AT-MP, TOUJOURS EXCÉDENTAIRE**

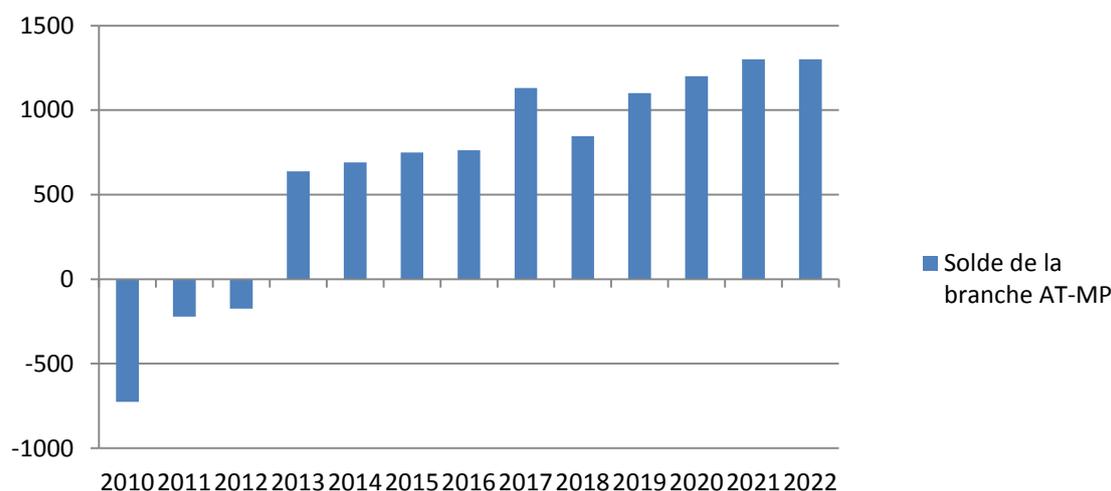
Dans un contexte de non-certification de ses comptes par la Cour des comptes de 2010 à 2012<sup>1</sup>, la branche AT-MP a déployé une série d'actions destinées à renforcer ses procédures de contrôle interne et assainir ses finances. Le redressement amorcé en 2011 lui a permis de retrouver un solde positif en 2013. Sa bonne santé financière s'est largement consolidée depuis : la situation excédentaire se confirme pour les exercices suivants jusqu'en 2022, le solde de la branche étant appelé, selon les projections pluriannuelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, à augmenter de façon continue au cours des trois prochaines années pour atteindre 1,3 milliard d'euros en 2021. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre dernier, **le solde tendanciel de la branche AT-MP, avant mesures nouvelles, est évalué à 1,7 milliard d'euros pour 2019.**

---

<sup>1</sup> Essentiellement en raison de la fragilité des procédures de contrôle interne et d'une fiabilité insuffisante du recensement des contentieux initiés par les employeurs sur la tarification.

**Soldes constatés et prévisionnels de la branche AT-MP du régime général depuis 2010***(en millions d'euros)*

2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
- 726	- 221	- 174	638	691	750	762	1 130	846*	1 100**	1 200**	1 300**	1 300**



*Source* : Réponses du ministère des affaires sociales et de la santé aux questionnaires de la commission des affaires sociales (2008-2016), rapports de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2018 (2017-2019) et annexe B du PLFSS pour 2019 (2019-2022)

\* Avant mesures rétroactives prévues pour l'exercice 2018 dans le PLFSS pour 2019

\*\* Prévisions pluriannuelles inscrites à l'annexe B du PLFSS pour 2019

### **1. L'exercice 2017 : un résultat positif qui s'est accru sous l'effet de la conjoncture**

En 2017, l'excédent de la branche AT-MP du régime général s'est établi à 1,13 milliard d'euros, en augmentation de plus de 48 % par rapport à 2016 sous l'effet conjugué :

- d'une **légère diminution des dépenses**, de l'ordre de 0,6 %, résultant de la réduction de 180 millions d'euros de la dotation de la branche AT-MP au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), dans un contexte de stabilité des prestations sociales<sup>1</sup>. Les prestations de soins, pour leur part, n'ont que très légèrement augmenté, de 0,6 %, la légère diminution des rentes<sup>2</sup> ayant contrebalancé l'augmentation des prestations de soins tirées par les indemnités journalières compensant une incapacité temporaire<sup>3</sup> ;

<sup>1</sup> Dont l'augmentation est contenue à 0,1 % en 2017.

<sup>2</sup> De l'ordre de 0,3 %, leur baisse en volume (- 0,2 %) ayant compensé leur faible revalorisation (+ 0,3 %).

<sup>3</sup> Qui continuent de progresser à un rythme soutenu (+ 4,6 %). Le montant global des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail a été supérieur de 65 millions d'euros au niveau initialement inscrit dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2017.

- de **l'augmentation du produit des cotisations**, de l'ordre de 2,4 %, sous l'effet d'une progression importante de la masse salariale<sup>1</sup> dans un contexte de reprise économique en 2017. Le produit des cotisations sociales a néanmoins augmenté à un rythme inférieur à celui de la masse salariale, compte tenu de la baisse du taux moyen de cotisation<sup>2</sup>. Par ailleurs, le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), consolidé dans les comptes de la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)<sup>3</sup>, n'est plus attributaire de droits de consommation sur les tabacs, réaffectés à la branche maladie dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Dans ses réponses au questionnaire de votre commission, le Gouvernement indique que cette réaffectation a obéré de 0,3 point la progression des recettes de la branche en 2017.

Selon la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP) à la Cnam, l'évolution à la hausse plus importante du solde de la branche AT-MP observée en 2017 est essentiellement le fruit de **l'augmentation significative de la masse salariale** et de la **baisse de la sinistralité**, la fréquence des accidents du travail s'étant stabilisée à un niveau historiquement bas, de l'ordre de 33,4 accidents pour 1 000 salariés en 2017, que la Cour des comptes explique par un « *contexte d'augmentation modérée du nombre de salariés comme de celle des accidents* »<sup>4</sup> (632 918 accidents du travail en 2017).

## 2. L'exercice 2018 : un fléchissement de l'excédent

En 2018, le résultat prévisionnel de la branche AT-MP devrait s'établir à 846 millions d'euros, soit une diminution d'environ 300 millions d'euros par rapport à l'exercice précédent, compte tenu :

- d'un **redémarrage de la progression des charges**, de l'ordre de 2 %. Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier, cette évolution s'explique par **l'extension du périmètre des dépenses à la charge de la branche**, dont celles auparavant couvertes par le fonds « pénibilité »<sup>5</sup>, et l'augmentation des prestations de soins (+ 1,4 %) entrant dans le champ de l'Ondam alimentée en particulier par le dynamisme des indemnités journalières.

---

<sup>1</sup> De 3,5 % dans le secteur privé.

<sup>2</sup> - 0,06 point. Selon le rapport d'octobre 2018 de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, les produits de cotisations de la branche AT-MP ont connu une « croissance spontanée (+ 4,8 %) atténuée par la baisse du taux moyen de cotisation, au bénéfice d'une hausse équivalente du taux de cotisation maladie. »

<sup>3</sup> Depuis l'intégration, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, du régime social des indépendants et des régimes étudiant au régime général, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est devenue la caisse nationale de l'assurance maladie.

<sup>4</sup> Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018.

<sup>5</sup> Supprimé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 et remplacé par le compte professionnel de prévention.

En outre, les transferts versés par la branche AT-MP seraient en hausse de 2,1 % en raison du versement au régime des marins d'une dotation pour équilibrer son risque AT-MP à compter de 2018, alors que cet équilibrage était jusqu'alors assuré par la branche maladie du régime général ;

- et d'**une légère baisse des produits**, de l'ordre de 0,4 %. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, les produits des cotisations sociales diminueraient en effet de 0,9 %, à la suite de la baisse du taux de cotisation AT-MP de 0,1 point, baisse partiellement contrebalancée par une hausse du taux de cotisation de 0,03 point<sup>1</sup> destinée à financer les nouvelles dépenses au titre de la pénibilité, aboutissant à un taux moyen net de cotisation de 2,22 % en 2018.

### **3. L'exercice 2019 : un solde tendanciel excédentaire d'un milliard d'euros**

En 2019, l'excédent de la branche AT-MP s'améliorerait à nouveau de 300 millions d'euros pour atteindre **1,1 milliard d'euros** selon les projections pluriannuelles inscrites à l'annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Cette évolution serait le résultat :

- d'**une progression maîtrisée des dépenses**, de l'ordre de 2,7 %, portée par la croissance contenue des prestations entrant dans le champ de l'Ondam<sup>2</sup>, notamment des indemnités journalières, et la montée en charge des dépenses au titre de la pénibilité. Il est à noter qu'à l'instar d'autres prestations sociales (prestations familiales et pensions de retraite), la revalorisation des rentes AT-MP est fixée à 0,3 % dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019<sup>3</sup>, soit un niveau inférieur à l'inflation permettant des économies d'un montant d'environ 50 millions d'euros ;

- et d'**une hausse des produits des cotisations**, de l'ordre de 3,4 %, tirée par la croissance de la masse salariale du secteur privé de 3,5%, en l'absence de nouvelle diminution du taux de cotisation.

### **4. Une branche aux fondamentaux solides**

#### *a) Un endettement entièrement résorbé*

Apparue en 2007, la dette de la branche AT-MP a été fortement aggravée par les déficits successifs constatés pour les exercices 2009 à 2012, passant de 40 millions d'euros en 2008 à 2,47 milliards d'euros en 2012.

---

<sup>1</sup> Via l'augmentation de la majoration M4.

<sup>2</sup> Selon le Gouvernement, les économies au titre des prestations entrant dans le champ de l'Ondam sont évaluées à environ 70 millions d'euros.

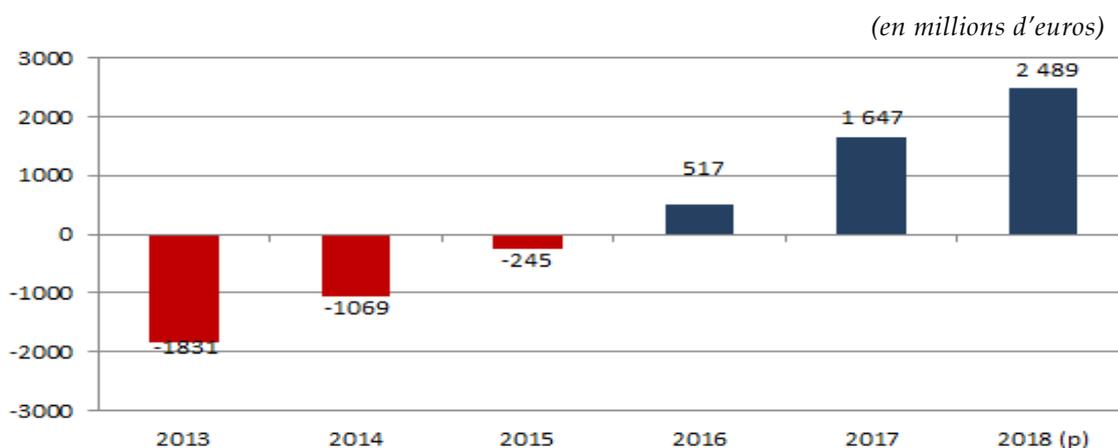
<sup>3</sup> Article 44.

Toutefois, les excédents dégagés depuis 2013 lui ont permis d'apurer l'intégralité de sa dette en 2016. L'équilibre financier de la branche AT-MP est exclusivement assuré par l'ajustement des cotisations sociales des employeurs, les déficits de la branche ne faisant pas l'objet de reprises par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), contrairement à ceux des autres branches du régime général. En 2013, le taux moyen net de cotisation a ainsi augmenté de 0,05 point afin de favoriser le retour à l'équilibre de la branche.

Dans son rapport d'octobre 2018 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes indique que « les capitaux propres [sont redevenus] positifs fin 2016 (à 0,6 milliard d'euros). Le solde excédentaire de l'exercice 2017 les a portés à près de 2 milliards d'euros à la fin de ce même exercice. Fin 2018, les capitaux propres atteindraient 2,8 milliards d'euros, soit deux mois et demi de recettes de la branche. »

Compte tenu de la trajectoire fixée par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 dans son annexe B, le solde cumulé de la branche AT-MP atteindrait 4,7 milliards d'euros en 2020.

#### Excédent cumulé de la branche AT-MP du régime général



Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales

#### b) Une nouvelle baisse du taux net moyen de cotisation écartée par le Gouvernement

Dans ce contexte, la Cour des comptes évalue les capitaux propres de la branche à 7,7 milliards d'euros fin 2022, équivalant à près de sept mois de recettes. Elle considère ainsi que « devant la perspective d'un surfinancement croissant de la branche AT-MP, un ajustement à la baisse des taux de cotisation apparaît inéluctable. »<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018.

Après une hausse progressive jusqu'en 2014, le taux moyen net de cotisation a diminué au cours des trois dernières années, passant de 2,44 % en 2015 à 2,22 % en 2018. La progression des recettes consécutive à l'augmentation de la masse salariale et la modération des charges permise par la baisse tendancielle de la sinistralité ont permis de réduire de 0,05 point le taux de cotisation AT-MP en 2016 et 2017.

L'excédent enregistré en 2017, supérieur aux prévisions, a autorisé la poursuite du mouvement de décroissance du taux de cotisation de 0,1 point : le Gouvernement souligne en effet, dans ses réponses au questionnaire de votre commission, que la baisse de la majoration d'équilibre M2 a plus que compensé la hausse de la majoration M4 destinée à couvrir les dépenses liées au compte professionnel de prévention, financé à compter de 2018 par la branche. Cette baisse de taux de cotisation a eu pour contrepartie une **hausse du taux de cotisation maladie** en garantissant une **stricte neutralité sur le coût du travail**.

Aussi, en dépit d'une baisse continue du taux moyen net de cotisation depuis 2015, le produit des cotisations AT-MP devrait-il progresser de 3,9 % :

#### Produit des cotisations AT-MP

(en milliards d'euros)

	2016	2017	2018(p)	2019(p)
<b>PRODUITS NETS</b>	<b>12,6</b>	<b>12,9</b>	<b>12,8</b>	<b>13,3</b>
COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTES NETS	12,1	12,5	12,4	12,8
Cotisations sociales brutes	12,3	12,7	12,6	13,0
Cotisations prises en charge par l'État nettes	0,1	0,0	0,0	0,0
Charges liées au non-recouvrement	-0,3	-0,3	-0,2	-0,2
AUTRES PRODUITS NETS	0,4	0,4	0,4	0,5

Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales

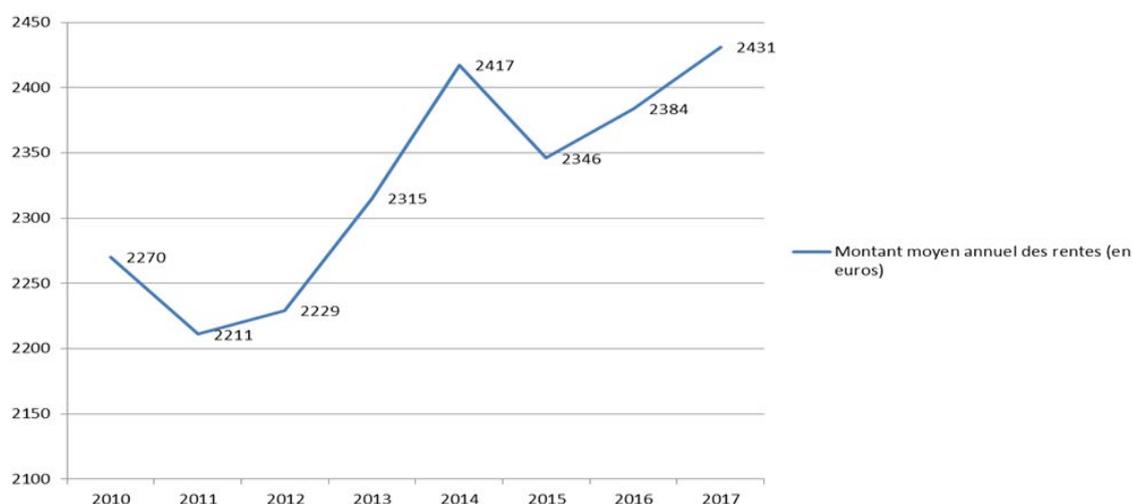
Les recettes de la branche AT-MP augmenteront ainsi de façon plus importante que celle de l'ensemble des branches des régimes de base et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui devraient croître, en 2019, de 2,3 %. Lors de son audition par votre rapporteur, le ministère des solidarités et de la santé a confirmé qu'**aucune nouvelle baisse du taux de cotisation AT-MP ne serait opérée en 2019**. Cette perspective interroge la logique assurantielle sur laquelle est censée reposer la branche AT-MP : la baisse tendancielle de la sinistralité et le surfinancement de la branche auraient dû plaider pour une poursuite de l'allègement de la charge des AT-MP sur les entreprises.

## B. UNE REVALORISATION DES RENTES AT-MP INFÉRIEURE À L'INFLATION EN 2019 ET 2020

En application de l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale, les rentes perçues par les victimes atteintes d'un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 10 % sont revalorisées au 1<sup>er</sup> avril de chaque année par application d'un coefficient égal à l'inflation<sup>1</sup>. L'article 44 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit néanmoins que **certaines prestations sociales, dont les rentes AT-MP et l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata), ne seront revalorisées en 2019 et 2020 que de 0,3 %, soit un taux inférieur à l'inflation, estimée à 2 % en 2018, 1,5 % en 2019 et 1,8 % en 2020<sup>2</sup>.**

Selon les informations communiquées par le Gouvernement à votre rapporteur, le montant moyen annuel des rentes versées au titre des accidents du travail a évolué de la manière suivante depuis 2010 et a progressé de 3,6 % de 2015 à 2017 pour dépasser le haut niveau atteint en 2014 :

### Montant moyen annuel des rentes « accidents du travail »



Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, les économies permises par cette mesure sont estimées, pour la branche AT-MP, à **150 millions d'euros en 2019<sup>3</sup> et 300 millions d'euros en 2020<sup>4</sup>.**

<sup>1</sup> Conformément à l'article L. 161-25 du même code.

<sup>2</sup> Banque de France, « Projections macroéconomiques France », synthèse de juin 2018.

<sup>3</sup> 50 millions d'euros au titre des rentes AT-MP et 100 millions d'euros au titre des prestations d'invalidité.

<sup>4</sup> 100 millions d'euros au titre des rentes AT-MP et 200 millions d'euros au titre des prestations d'invalidité.

Votre commission s'étonne toutefois que les bénéficiaires d'une rente AT-MP soient pénalisés par cette mesure de sous-revalorisation à l'heure où le Gouvernement revendique une politique tendant à privilégier la rémunération de l'activité.

Il convient en effet de garder à l'esprit que les titulaires d'une pension d'invalidité sont, par définition, des **travailleurs qui ont contribué à la production de la richesse nationale et ont cotisé à notre système de protection sociale** comme l'ensemble des actifs. Il est d'autant plus regrettable de voir leur **pouvoir d'achat amputé** que leur rente est censée réparer, forfaitairement et non pas intégralement, un **préjudice permanent subi sur leur lieu de travail**. L'association des accidentés du travail a ainsi déploré, dans un courrier adressé au Premier ministre, qu'« *il ne sert à rien de valoriser la valeur travail si on dévalorise ceux qui ont perdu leur santé par leur travail.* »<sup>1</sup>

Par ailleurs, en dépit d'une baisse des bénéficiaires de rentes AT-MP<sup>2</sup> et du nombre d'ayant-droits indemnisés<sup>3</sup>, il convient de rester vigilant quant à **l'impact financier de l'éventuelle expansion de la capitalisation des rentes**. Dans ses réponses au questionnaire de votre commission, la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP) estime qu'en dehors des prestations entrant dans le champ de l'Ondam, le principal enjeu financier à venir pour la branche réside dans le **possible élargissement des rachats de rentes**. Les assurés peuvent en effet demander à convertir en capital un quart d'une rente d'invalidité attribuée à partir du 7 février 2000<sup>4</sup>. À partir d'une extrapolation des comportements passés à la situation nouvelle, la CATMP évalue l'impact financier de ces rachats, qui serait à ventiler sur quelques années, dans une **fourchette de 500 millions d'euros à 1,5 milliard d'euros**.

Interrogé par votre rapporteur sur cet enjeu, le Gouvernement a néanmoins souligné que l'estimation de la CATMP repose sur différents scénarios largement tributaires de facteurs difficiles à anticiper à ce stade : l'évaluation du coût des rachats partiels de rentes est en effet liée à l'actualisation des montants des barèmes de rachat<sup>5</sup>, des comportements de rachat observés et des modalités d'entrée en vigueur d'une telle actualisation. Il est à noter que les demandes de rachat enregistrent une baisse tendancielle depuis 2013, de l'ordre de 20 % sur la période 2013-2017.

---

<sup>1</sup> Communiqué de presse de la fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath) du 30 août 2018 (<http://www.fnath.org/communiqué-presse/projet-de-budget-2019/>).

<sup>2</sup> - 3 % sur 2010-2016.

<sup>3</sup> - 5,7 % sur 2010-2016.

<sup>4</sup> Décret n° 2006-111 du 2 février 2006.

<sup>5</sup> La conversion rente/capital s'effectue en fonction d'un barème tenant compte de l'âge de la victime et de son taux d'incapacité permanente au moment de la demande.

### C. UNE AMÉLIORATION DE LA SITUATION FINANCIÈRE DES RÉGIMES DE BASE AUTRES QUE LE RÉGIME GÉNÉRAL

Si le régime général représente à lui seul 90 % des charges et produits de l'ensemble des branches AT-MP, trois autres régimes se distinguent par leur part non négligeable dans le total des prestations : le régime des salariés et des exploitants agricoles, le régime des fonctionnaires d'État<sup>1</sup> et le fonds de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (Fatiac)<sup>2</sup> ainsi que le régime des mines.

Déjà excédentaire en 2016 à hauteur de 44 millions d'euros, la situation des régimes AT-MP autres que le régime général a poursuivi son amélioration avec un résultat positif de 72 millions d'euros. La progression de l'assiette des cotisations des salariés agricoles et des exploitants agricoles a en effet tiré à la hausse les recettes, dans un contexte de faible croissance des dépenses pour ces régimes.

Selon les données communiquées à votre commission par le Gouvernement, leur solde progresserait très légèrement en 2018. Le solde de la branche AT-MP des exploitants agricoles s'améliorerait en raison de prestations qui se stabiliseraient, alors que celui des salariés agricoles se contracterait légèrement en raison de dépenses d'indemnités journalières dynamiques. Enfin, l'excédent du Fatiac se réduirait de 6 millions d'euros, en raison de la dynamique des dépenses de rentes d'incapacité permanente dans un contexte d'atonie des recettes.

#### Soldes des branches AT-MP des régimes obligatoires de base de 2011 à 2018

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (p)
<b>Solde tous régimes</b>	<b>-134</b>	<b>-581</b>	<b>685</b>	<b>711</b>	<b>753</b>	<b>806</b>	<b>1 202</b>	<b>912</b>
<i>Solde RG</i>	<i>-221</i>	<i>-174</i>	<i>638</i>	<i>691</i>	<i>750</i>	<i>762</i>	<i>1 130</i>	<i>837</i>
<b>Solde autres régimes de base</b>	<b>87</b>	<b>-407</b>	<b>47</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>44</b>	<b>72</b>	<b>75</b>
<i>dont régimes agricoles</i>	<i>-1</i>	<i>-33</i>	<i>22</i>	<i>0</i>	<i>-22</i>	<i>16</i>	<i>44</i>	<i>54</i>
<i>dont fonds dédiés (FATIACL, FCAT, FCATA)</i>	<i>80</i>	<i>-373</i>	<i>25</i>	<i>20</i>	<i>25</i>	<i>27</i>	<i>26</i>	<i>20</i>
<i>dont autres régimes spéciaux</i>	<i>7</i>	<i>-1</i>	<i>-1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>0</i>

Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales

<sup>1</sup> Les dépenses de réparation de séquelles invalidantes sont prises en charge par les services de pension de l'État. Pour les autres prestations, telles que le maintien du salaire, et les dépenses de prévention, l'État, les collectivités territoriales et les établissements publics de santé fonctionnent en auto-assurance (cf. contrôle de la Cour des comptes de 2004 : « Les accidents de travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires »).

<sup>2</sup> L'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (Atiac) est la prestation attribuée à un fonctionnaire territorial ou hospitalier qui, à la suite d'un accident de service, de trajet ou d'une maladie professionnelle, présente des infirmités permanentes lui permettant néanmoins de reprendre ses fonctions.

## II. UNE MUTUALISATION CROISSANTE DES DÉPENSES QUI FRAGILISE LA VOCATION ASSURANTIELLE ET PRÉVENTIVE DE LA BRANCHE

Notre système de protection contre les risques professionnels repose sur un **compromis vieux de 120 ans** : la loi du 9 avril 1898 a posé le principe d'une **réparation forfaitaire et garantie** pour le travailleur victime d'un dommage lié à une activité professionnelle, moyennant une **présomption de responsabilité sans faute** de l'employeur. Dans le cadre de cette **logique assurantielle** puissante, l'indemnisation du préjudice, désormais prise en charge par la branche AT-MP depuis son intégration à la sécurité sociale par la loi du 30 octobre 1946, est financée *quasi-intégralement* par les **cotisations incombant aux seuls employeurs**, le reste des produits provenant essentiellement de la compensation par l'État d'allègements de cotisations et des recours contre des tiers au titre d'accidents de trajet.

La tarification des risques professionnels répond ainsi à un **double objectif de responsabilisation et de prévention** pour les employeurs. À cet effet, les taux de cotisation, qui varient selon la taille et le secteur d'activité des entreprises, ont vocation à couvrir le **risque imputable à l'entreprise en fonction de sa sinistralité passée**, la **mutualisation entre entreprises de certaines charges à l'échelle de la branche** et l'**incitation à la prévention**.

Or, selon la Cour des comptes<sup>1</sup>, le taux net national moyen de cotisation AT-MP s'est élevé, en 2017, à 2,32 %, dont **seulement 0,90 % au titre du taux brut qui correspond à la part individualisée propre à chaque entreprise et représentative de sa sinistralité**. L'un des enjeux ainsi soulevés est donc de contenir la part croissante de cette mutualisation afin de conserver suffisamment de leviers susceptibles de renforcer l'incitation des employeurs à la prévention.

Par ailleurs, la branche AT-MP se caractérise par une **forte culture paritaire héritée du compromis de 1898** : sont ainsi composés paritairement la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CATMP) de même que les comités techniques nationaux (CTN)<sup>2</sup>, les comités techniques régionaux (CTR) et les commissions régionales des accidents du travail et des maladies professionnelles (CRATMP)<sup>3</sup>. Ce fonctionnement paritaire n'est pas sans incidence sur des éléments fondamentaux de l'équilibre de la branche AT-MP tels que l'**évaluation de la valeur du risque des différents domaines d'activité** par les CTN et les CTR et l'**établissement des tableaux des maladies professionnelles** par la CATMP et les CRATMP.

---

<sup>1</sup> Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018.

<sup>2</sup> Qui évaluent les risques par branche d'activité et formulent des recommandations en matière de prévention dans leur domaine d'activité.

<sup>3</sup> Qui sont consultées sur toutes les questions relevant des risques professionnels pour lesquelles les caisses régionales interviennent.

### A. UNE MUTUALISATION CROISSANTE DES DÉPENSES, QUI NE FAVORISE PAS LA RESPONSABILISATION DES ENTREPRISES

Les charges de la branche AT-MP sont principalement constituées des prestations servies aux assurés : en 2017, celles-ci représentent 9,8 milliards d'euros sur un total de 11,7 milliards de dépenses, soit 84 %<sup>1</sup> du total. La *quasi*-totalité du reste des dépenses correspond à des transferts vers d'autres régimes de base (maladie, vieillesse, mines, marins, salariés agricoles) ou vers des fonds (amiante) dans le cadre d'une prise en charge mutualisée par les employeurs.

Selon la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre dernier, ces transferts seraient en hausse, en 2018, de 2,1 % compte tenu du versement par la branche AT-MP d'une dotation destinée à équilibrer le risque AT-MP du régime des marins, auparavant pris en charge par la branche maladie, et de la montée en charge des dispositifs de pénibilité<sup>2</sup>.

#### État des transferts pris en charge par la branche AT-MP

(en millions d'euros)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Branche Maladie	710	710	790	790	790	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Mines	-	-	-	353	334	305	277	273	257	241
MSA	-	-	-	123	127	119	124	124	124	124
Marins	-	-	-	-	-	-	-	-	63	63
Fiva	315	340	315	115	435	380	430	250	270	260
Fcaata <sup>1</sup>	880	890	890	890	821	693	600	626	613	613
Fcat <sup>2</sup>	-	-	-	20	18	18	13	10	0	0
CNSA	-	-	-	41	38	36	30	24	24	25
Cnav pénibilité <sup>3</sup>	-	-	-	-	-	-	45	67	186	254
<b>Total</b>	<b>1 905</b>	<b>1 940</b>	<b>1 995</b>	<b>2 332</b>	<b>2 563</b>	<b>2 551</b>	<b>2 519</b>	<b>2 374</b>	<b>2 537</b>	<b>2 580</b>

<sup>1</sup> L'exercice 2012 et les suivants sont marqués par l'intégration dans les comptes de la branche des dépenses et recettes du Fcaata et par la neutralisation de la dotation au Fcaata, qui n'apparaît plus dans les transferts en tant que telle.

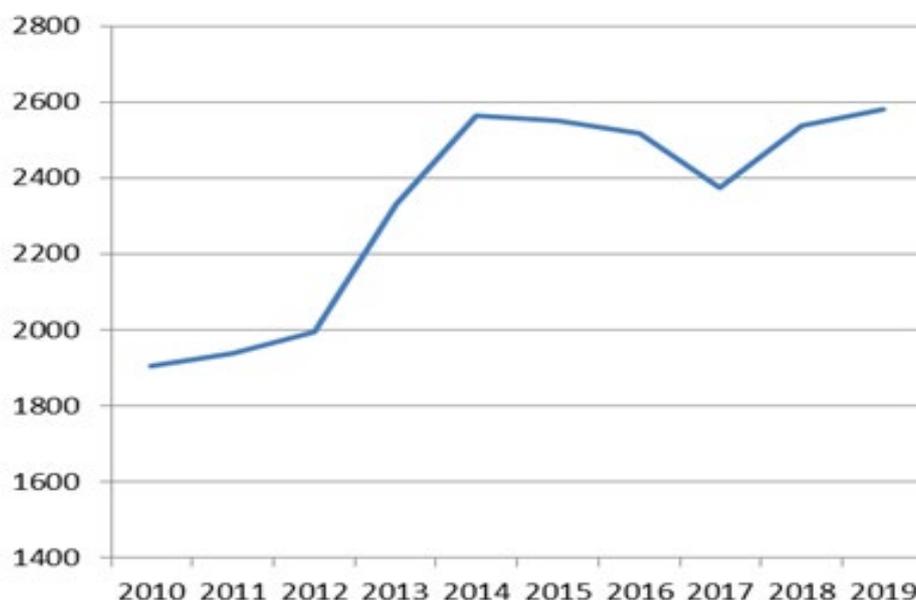
<sup>2</sup> Le fonds commun des accidents du travail (Fcat) a été supprimé par l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, à compter de l'année 2018.

<sup>3</sup> À compter de l'exercice 2018, le périmètre du transfert de la branche AT-MP à la branche vieillesse du régime général incluent, outre les dépenses supplémentaires liées aux départs en retraite anticipée relevant du dispositif « pénibilité 2010 », celles relevant de l'utilisation des points acquis au titre du compte professionnel de prévention sous forme de majoration de la durée d'assurance. Le montant de ce transfert n'a pas encore été fixé pour l'année 2018.

Source : Cnam – direction des risques professionnels

<sup>1</sup> Contre 74 % en 2016.

<sup>2</sup> Compte professionnel de prévention et cessation anticipée d'activité.

**Montant des transferts pris en charge par la branche AT-MP***(en millions d'euros)*

Ces transferts relèvent de charges mutualisées au sein de la branche, prises en compte dans le cadre de **majorations** qui s'ajoutent au taux brut de cotisation, lequel est fonction de la sinistralité observée dans l'entreprise ou le secteur en question. **Du fait de l'importance des transferts, la composante mutualisée du taux net moyen, qui pèse uniformément sur l'ensemble des entreprises, s'élève à 61 % en 2017.**

**La couverture des charges mutualisées  
dans le taux de cotisation AT-MP**

Le taux net de cotisation acquitté par une entreprise est constitué du taux brut (qui varie en fonction de la sinistralité et de l'effectif de l'entreprise), auquel s'ajoutent **quatre majorations** prévues à l'article D. 242-6-9 du code de la sécurité sociale. Ces majorations sont destinées à couvrir les dépenses mutualisées de la branche :

- dépenses au titre des accidents de trajet (majoration M1) : au taux de 0,22 %, elle a représenté un montant de 1,13 milliard d'euros en 2017 ;

- charges générales de gestion administrative de la branche, dépenses de prévention et de rééducation professionnelle et, depuis 2011, la moitié du versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP, ainsi que les prestations qui n'auraient pas été prises en compte dans la détermination du taux brut (M2) : d'un montant de 3,57 milliards d'euros en 2017, son taux est passé de 0,39 % en 2010 à 0,58 % en 2017 ;

- dépenses correspondant aux compensations inter-régimes, aux maladies professionnelles ne figurant pas au compte d'un établissement et inscrites à un compte spécial, dépenses du fonds commun des accidents du travail (majorations de rentes), dotations aux fonds en faveur des victimes de l'amiante et, depuis 2011, l'autre moitié du versement à la branche maladie (M3) : au taux de 0,54 %, son montant était de 2,72 milliards d'euros en 2017 ;

- dépenses générées par le dispositif de retraite anticipée au titre de la pénibilité prévu par la loi portant réforme des retraites du 9 novembre 2010 au bénéfice des salariés atteints d'une incapacité permanente (M4) : au taux de 0,01 %, son montant s'est établi à 67 millions d'euros en 2017.

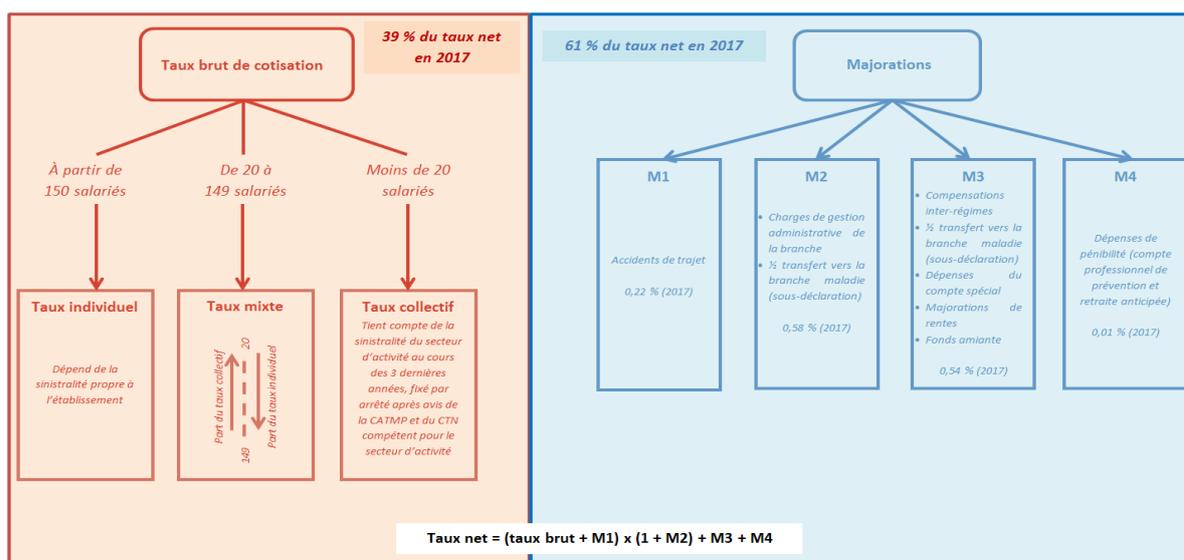
Les majorations M1, M3 et M4 s'ajoutent au taux brut alors que la majoration M2 est multiplicative de ce dernier et de la majoration M1.

**Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la majoration M4 couvre également les dépenses liées au compte professionnel de prévention** en application de l'ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention. Cette mesure porterait le produit de la majoration M4 à 119 millions d'euros en 2018, pour atteindre, selon les premières projections, 330 millions d'euros en 2021.

*Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales et rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de la Cour des comptes d'octobre 2018*

En application de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, le taux de cotisation AT-MP est déterminé annuellement par l'État selon des règles définies par décret<sup>1</sup>. Les modalités de calcul du taux net de cotisation d'un établissement peuvent être résumées de la façon suivante :

### Calcul du taux net de cotisations



*Source : Commission des affaires sociales du Sénat*

<sup>1</sup> Décret n° 2010-753 du 5 juillet 2010 fixant les règles de tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

## 1. Les contributions aux fonds amiante

Par dérogation aux principes assurantiels de la tarification des maladies professionnelles, le coût de la réparation des conséquences sur la santé des salariés de l'utilisation de l'amiante est supporté par deux fonds alimentés par la majoration M3 du taux de cotisation AT-MP :

- le **fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata)**, qui assure la prise en charge des allocations de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, de leurs cotisations au régime de l'assurance volontaire vieillesse au titre des régimes de retraite de base et complémentaire et, depuis 2011, de la dépense induite pour les régimes de retraite de base par le maintien à 60 ans de l'âge de départ en retraite des travailleurs de l'amiante ;

- le **fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva)**, qui assure quant à lui la réparation intégrale des préjudices des personnes atteintes de maladies liées à l'amiante et de leurs ayants droit, que ces maladies soient ou non d'origine professionnelle.

Le montant de la contribution de la branche AT-MP à ces deux fonds est fixé pour 2019, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019<sup>1</sup>, à :

- 532 millions d'euros pour le Fcaata, contre 613 millions d'euros en 2018 (- 13,2 %) ;

- 260 millions d'euros pour le Fiva, contre 270 millions d'euros en 2018 (- 3,7 %).

La baisse de ces dotations s'explique par :

- la diminution tendancielle des dépenses du Fcaata. La **décrue du nombre d'allocataires**<sup>2</sup> devrait conduire à une diminution des charges de 5,1 % par rapport à 2018. Déficitaire jusqu'en 2017, le fonds a dégagé un résultat cumulé excédentaire de 20 millions d'euros en 2018, ce qui conduit le Gouvernement à « *calibrer la dotation 2019 de la branche AT-MP de manière à dégager un déficit 2019 de 20 millions d'euros et, de ce fait, assurer l'équilibre du résultat cumulé* »<sup>3</sup> ;

- la **diminution tendancielle des demandes d'indemnisation** au titre du Fiva<sup>4</sup>. L'inflexion de la demande globale d'indemnisation depuis deux ans<sup>5</sup> devrait, selon le Gouvernement, se prolonger et s'amplifier avec une baisse anticipée par le Fiva de 8 % en 2018 et 2019.

---

<sup>1</sup> Article 54.

<sup>2</sup> Évaluée pour 2019 à 10 % par la commission des comptes de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> Exposé des motifs de l'article 54 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

<sup>4</sup> Évaluée à 6,5 % en moyenne sur les exercices 2018 et 2019 par la commission des comptes de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> - 3,2 % en 2016, - 4,6 % en 2017.

En dépit d'une augmentation du coût moyen des dossiers liée à une fréquence plus importante des pathologies graves, les dépenses du fonds sont évaluées, pour 2019, à 364,9 millions d'euros, dont 305 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation. La dotation de la branche AT-MP au Fiva complète une dotation nette de l'État maintenue à 7,8 millions d'euros<sup>1</sup> dans le projet de loi de finances pour 2019 et d'autres produits du fonds, d'un montant total de 80,2 millions d'euros.

Près de 22 ans après l'interdiction de l'usage de l'amiante en France, effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997, on observe une **diminution des pathologies bénignes** liées à une exposition à l'amiante au cours des dix dernières années (- 57 % sur 2008-2017) : il s'agit principalement des plaques pleurales et épaississements pleuraux, dont le délai de latence est estimé à 20 ans.

Les progrès techniques dans le diagnostic médical, qui permettent de mieux distinguer les plaques pleurales des séquelles d'atteintes tuberculeuses, conjugués aux actions de sensibilisation au suivi médical conduites par les syndicats de l'industrie de l'amiante auprès des travailleurs exposés, ont contribué à ce reflux.

Le nombre de victimes atteintes de **pathologies graves**, en revanche, a progressé au cours des dix dernières années (+ 3,8 % sur 2008-2017). Contrairement à ce que pourrait laisser entendre la baisse de la dotation de la branche AT-MP au Fiva pour 2019, **le plafond du nombre potentiel de victimes de l'amiante indemnisables ne semble pas, de l'avis du Fiva, encore atteint**. Un **long délai de latence de 30 à 40 ans** pour les pathologies les plus graves, dont le mésothéliome (cancer de la plèvre), maintient la possibilité pour des personnes exposées professionnellement ou passivement à de l'amiante il y a plus de 20 ans de développer des affections.

Le Fiva a ainsi mis en avant auprès de votre rapporteur un écart très substantiel entre le nombre de pathologies imputées à l'amiante au niveau national et le nombre de dossiers ouverts au fonds. Cet écart est particulièrement parlant en ce qui concerne le mésothéliome dont la déclaration est obligatoire depuis 2012<sup>2</sup>. **Le Fiva ne connaît en effet que la moitié des cas environ**. Les études conduites dans le cadre du programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM), sous l'égide de Santé Publique France, ont ainsi établi que, sur la période 2005-2017, pour les 4 059 cas de mésothéliome étudiés, seule la moitié des victimes avaient saisi le Fiva.

Il est à noter, enfin, que de l'amiante reste présente dans nombre de bâtiments, dont des lieux publics (le tribunal de Créteil, par exemple), et que certaines professions (chauffagistes, électriciens...) continuent d'être exposées.

---

<sup>1</sup> Après mise en réserve.

<sup>2</sup> Décret n° 2012-47 du 16 janvier 2012 complétant la liste des maladies faisant l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire.

Dans ces conditions, des efforts seront conduits par le Fiva, dans le cadre de son prochain contrat d'objectifs et de performance (COP) avec les tutelles de l'État pour la période 2019-2021, pour **développer l'accès aux droits des victimes et ayant-droits potentiels**. La diminution du nombre de dossiers de demande d'indemnisation pourrait alors être ralentie.

## **2. La dotation à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP**

### *a) Un transfert maintenu artificiellement à un milliard d'euros*

Depuis 1997, en application de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, un versement annuel forfaitaire de la branche AT-MP du régime général au profit de l'assurance maladie est prévu pour tenir compte des dépenses liées à des sinistres ou pathologies d'origine professionnelle mais non déclarés comme tels.

Le montant du versement destiné à couvrir les sommes indument mises à la charge de la branche maladie est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Une commission, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, évalue tous les trois ans le coût réel de cette sous-déclaration par un rapprochement entre les diverses données épidémiologiques existantes et les statistiques des sinistres indemnisés par la branche. Une estimation du nombre de cas sous-déclarés est rapprochée des données de coût moyen par pathologie fournies par la Cnam.

**Dans son rapport de mai 2017, la dernière commission a conclu à une estimation du coût de la sous-déclaration située dans une fourchette comprise entre 815 millions d'euros et 1,53 milliard d'euros, dont 755 millions d'euros à 1,42 milliard d'euros au titre des maladies professionnelles.** Par rapport aux estimations des précédentes commissions<sup>1</sup>, l'évolution est significative : entre 2014 et 2017, la progression est de 17,2 % pour la borne basse et de 17,6 % pour la borne haute.

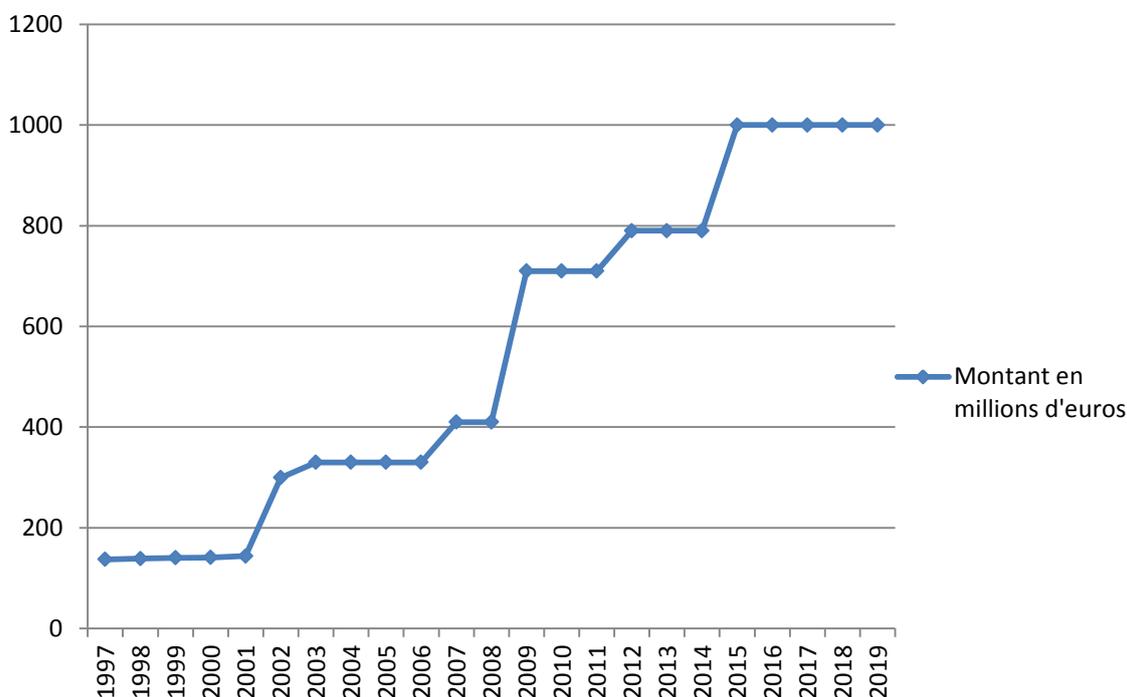
Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019<sup>2</sup>, le Gouvernement propose de maintenir la dotation de la branche AT-MP à la branche maladie à **un milliard d'euros** pour la cinquième année consécutive. Ce niveau est à mettre en regard avec le prélèvement de 137 millions d'euros sur la branche AT-MP en 1997 lors de l'instauration du transfert à la branche maladie.

---

<sup>1</sup> De 587 millions d'euros à 1,11 milliard d'euros en juin 2011 et de 695 millions à 1,3 milliard d'euros.

<sup>2</sup> III de l'article 54.

### Évolution des transferts de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale



Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales

Selon la CATMP, le maintien de ce transfert à un niveau substantiel tient insuffisamment compte des efforts déployés ces dernières années pour réduire la sous-déclaration.

Le transfert vers la branche maladie fait ainsi l'objet de critiques de la part des partenaires sociaux qui redoutent que la branche AT-MP serve de variable d'ajustement pour l'équilibre des comptes sociaux.

#### *b) Les facteurs de sous-déclaration des maladies professionnelles*

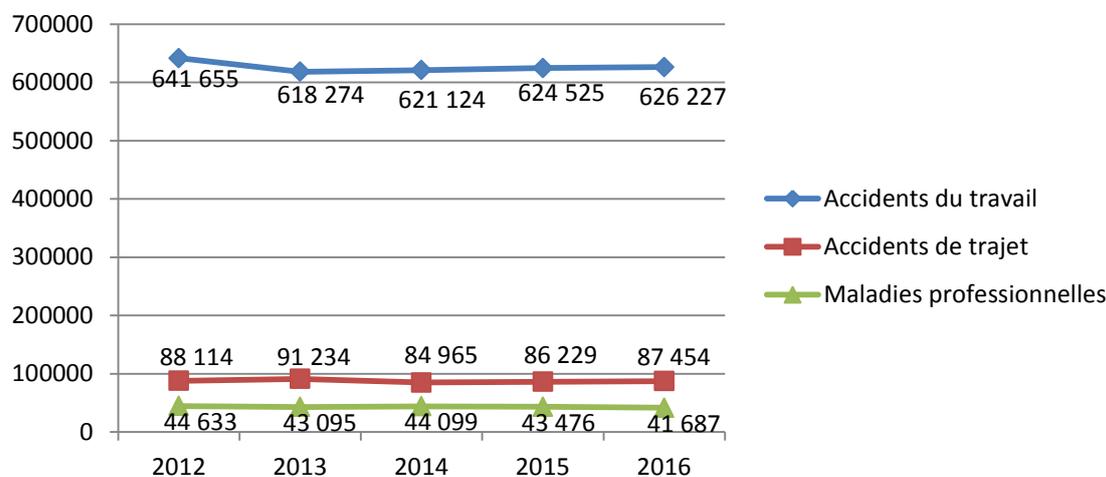
À la différence de la déclaration d'un accident de travail qui doit être effectuée par l'employeur<sup>1</sup>, **c'est au salarié qu'il revient de demander la reconnaissance d'une affection en maladie professionnelle<sup>2</sup>.**

Le nombre de maladies professionnelles avec un premier règlement s'est maintenu, depuis 2012, à un niveau oscillant autour de 44 000 cas, jusqu'à connaître un léger infléchissement en 2016 pour s'établir à un peu moins de 41 700 cas.

<sup>1</sup> Art. L. 441-2 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Art. L. 461-5 du code de la sécurité sociale.

### Statistiques de la sinistralité pour l'ensemble des neuf grandes branches d'activité



Source : Cnam – direction des risques professionnels, statistiques 2016

Selon la commission administrative chargée d'évaluer le phénomène de sous-déclaration des AT-MP et les informations transmises par le Gouvernement à votre commission, les principales causes de cette sous-déclaration tiennent :

- aux employeurs : les organisations syndicales ont rapporté à la commission la persistance de comportements de dissimulation<sup>1</sup>. Cette sous-déclaration viserait à ne pas afficher de taux de sinistralité élevés pouvant nuire à l'image de l'entreprise et à éviter tout impact en tarification ;

- aux victimes : cette sous-déclaration trouve sa source dans la méconnaissance par la victime ou par ses ayants-droits de l'origine professionnelle de l'affection, les appréhensions du salarié au regard de l'emploi ou de la complexité de la procédure ou encore une préférence pour la pension d'invalidité ;

- aux professionnels de santé : une insuffisante formation et information des médecins sur les questions de santé au travail nourrissent la sous-déclaration des AT-MP.

Compte tenu de l'importance de ce transfert, votre commission a souligné à plusieurs reprises la nécessité d'évaluer la réalité des efforts engagés pour lutter contre le phénomène de sous-déclaration.

<sup>1</sup> Non-déclaration d'accidents, pressions sur les salariés, actions en direction des médecins de ville pour qu'ils n'accordent pas d'arrêt de travail ou en limitent la durée.

Bien qu'il se situe à mi-chemin de la fourchette du coût de la sous-déclaration établie par la commission de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, **le montant d'un milliard d'euros semble maintenu artificiellement à ce niveau**, sans tenir compte des progrès réalisés dans la reconnaissance des maladies professionnelles et des efforts futurs qui seront engagés en ce sens par la branche AT-MP, parmi lesquels il convient de relever :

- une campagne de communication menée courant 2017 à la fois sur Internet et par démarchage des délégués de l'assurance maladie : elle a permis de sensibiliser les médecins traitants à la problématique du risque professionnel et au bon remplissage des certificats médicaux afférents ;

- une **action spécifique entreprise pour les cancers de la vessie** : il a eu pour résultat une multiplication par 5 du nombre de déclarations en quatre ans<sup>1</sup>. À l'occasion de chacune des demandes d'affection de longue durée (ALD) pour tumeur de la vessie, un courrier informait les médecins traitants de la démarche entreprise par le service médical auprès de leurs patients. Si ces derniers donnaient suite, les médecins étaient informés de la conclusion quant à la reconnaissance de la tumeur en maladie professionnelle. Le dernier temps de cette action consistera à informer et sensibiliser les professionnels de santé eux-mêmes, notamment les urologues, qui devront prendre le relais à la source ;

- l'inscription dans la convention d'objectifs et de gestion (Cog) 2018-2022 de la branche AT-MP de la mise en place d'un **processus interne de détection des maladies professionnelles**, visant à **impliquer les médecins conseils de la sécurité sociale**. En effet, les patients ou leur dossier sont régulièrement vus par des médecins conseils durant leur arrêt de travail, en cas d'ALD, ou au passage en invalidité. Les médecins conseils pourraient alors détecter l'origine potentiellement professionnelle de certaines pathologies, orienter l'assuré dans le processus de déclaration et informer leurs médecins traitants. Cette action sera expérimentée à compter de septembre 2019.

La Cnam diffusera un mode opératoire qui ciblera certaines pathologies<sup>2</sup> et fournira une grille d'analyse qui permettra de détecter l'origine potentiellement professionnelle de la pathologie.

Au vu des efforts déployés par la branche AT-MP pour améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles, reconnus par le dernier rapport de la commission d'évaluation de la sous-déclaration, votre commission estime que le maintien à un milliard d'euros du transfert vers l'assurance maladie ne constitue pas un signal encourageant aux partenaires sociaux.

---

<sup>1</sup> De 200 en 2013 à 1 000 en 2017.

<sup>2</sup> A minima : lymphomes, dermatoses et cancers de vessie.

Au contraire, l'ampleur de ce transfert, multiplié par plus de 7 en une vingtaine d'années, nourrit de plus en plus le sentiment d'un **détournement des produits de la branche AT-MP pour alléger les déficits de l'assurance maladie**, alors que le nombre de maladies professionnelles a diminué de près de 7 % de 2012 à 2016 et que la France reste identifiée comme l'un des pays européens indemnisant le plus de maladies professionnelles<sup>1</sup>.

Dans ces conditions, votre commission plaide pour une évaluation de l'impact de toutes les mesures prises en faveur d'une meilleure reconnaissance des maladies professionnelles et appelle à en tenir compte dans la fixation du montant du transfert de la branche AT-MP vers l'assurance maladie.

### 3. L'imputation de dépenses au compte spécial

L'article D. 242-6-5 du code de la sécurité sociale prévoit que « *les dépenses engagées par les caisses d'assurance maladie par suite de la prise en charge de maladies professionnelles constatées ou contractées dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ne sont pas comprises dans la valeur du risque mais sont inscrites à un compte spécial.* » Le compte spécial permet ainsi d'assurer la prise en charge des dépenses afférentes à des maladies professionnelles médicalement constatées avant leur inscription dans un tableau de maladies professionnelles mais également lorsque « *la victime de la maladie professionnelle a été exposée au risque successivement dans plusieurs établissements d'entreprises différentes sans qu'il soit possible de déterminer celle dans laquelle l'exposition au risque a provoqué la maladie* »<sup>2</sup>.

En 2017, les dépenses imputées au compte spécial se sont établies à **879 millions d'euros (contre 930 millions d'euros selon les prévisions initiales)**. Dans son rapport d'octobre 2018 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes estime que 57 % d'entre elles étant liées aux affections consécutives à l'exposition à des poussières d'amiante ou à des cancers dus à l'amiante<sup>3</sup>, reconnues en 2016<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Selon une étude du groupement d'intérêt public Eurogip, le ratio de reconnaissance pour les troubles musculo-squelettiques pour 100 000 assurés est de 3 en Allemagne, 33 au Danemark, 57 en Italie, 129 en Espagne et 377 en France et pour les cancers professionnels de 0,24 en Espagne, entre 5 et 6 en Italie, Allemagne et Danemark, et de 11 en France (Eurogip, Déclaration des maladies professionnelles : problématique et bonnes pratiques dans cinq pays européens, Eurogip-102/F, 2015).

<sup>2</sup> Arrêté du 16 octobre 1995 pris pour l'application de l'article D. 242-6-5 du code de la sécurité sociale relatif à la tarification des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

<sup>3</sup> Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018.

<sup>4</sup> Maladies professionnelles relevant des tableaux 30 et 30 bis.

Elle relevait que « *l'imputation au compte spécial prévaut à défaut de moyens juridiques et opérationnels suffisants pour organiser la coresponsabilité des employeurs successifs dans le temps.* »

Plusieurs éléments, parfois cumulatifs, peuvent justifier une imputation au compte spécial de dépenses liées à des maladies professionnelles : la difficulté à retracer précisément les durées d'exposition d'un salarié d'une entreprise sur un site donné, la succession d'employeurs dans le temps pour un salarié donné, le cas de salariés ayant eu simultanément plusieurs employeurs, ou la disparition de l'employeur, soit que l'entreprise ait complètement disparu, soit que son activité ait été en tout ou partie reprise par une autre.

Dans l'imputation au compte spécial de dépenses liées à des maladies professionnelles, la Cour des comptes a relevé des **pratiques divergentes entre caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat)**. À cet égard, elle appelle à un approfondissement des travaux d'homogénéisation du traitement des dossiers engagés par la direction des risques professionnels de la Cnam, qu'il s'agisse de la réunion des pièces probantes ou de leur instruction, afin de garantir l'équité de traitement entre employeurs et de réduire les dépenses imputées par défaut au compte spécial.

Votre commission partage ainsi l'esprit des recommandations de la Cour des comptes qui doivent permettre, à terme, de **responsabiliser les entreprises du domaine d'activité prises dans leur ensemble** plutôt que de mutualiser le financement des dépenses concernées dans le cadre national interprofessionnel du compte spécial.

C'est pourquoi votre commission souscrit à la proposition de la Cour d'un ajustement des frontières de certains domaines d'activité et invite ainsi les partenaires sociaux de la branche AT-MP à se pencher sur une **redéfinition des périmètres des comités techniques nationaux afin que ces derniers reflètent mieux des domaines d'activité homogènes.**

---

**B. UNE MONTÉE EN CHARGE DES TRANSFERTS OPÉRÉS EN 2018 QUI  
POURRAIT SE POURSUIVRE DANS LES ANNÉES À VENIR**

**1. Le compte professionnel de prévention et l'élargissement du  
dispositif de retraite anticipée**

La loi du 15 septembre 2017 pour le renforcement du dialogue social<sup>1</sup> a habilité le Gouvernement à simplifier par ordonnance les dispositions législatives relatives au compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) et son régime juridique<sup>2</sup>. Sur ce fondement, une ordonnance du 22 septembre 2017<sup>3</sup> a profondément réformé le dispositif de pénibilité :

- le C3P est désormais dénommé « **compte professionnel de prévention** » (C2P). Le périmètre du C2P comprend désormais six facteurs de risques professionnels : travail de nuit, travail répétitif, travail en équipes successives alternantes, activités exercées en milieu hyperbare, températures extrêmes et bruit. En cas d'exposition à l'un de ces facteurs, le salarié acquiert chaque année un certain nombre de points qu'il peut mobiliser pour suivre une formation, financer une réduction de son temps de travail ou organiser un départ anticipé en retraite ;

- quatre facteurs de risques professionnels (manutention de charges lourdes, postures pénibles, vibrations mécaniques et agents chimiques dangereux), les plus difficilement évaluables par les employeurs, ont été extraits du périmètre du C2P et font désormais l'objet d'un mécanisme de compensation spécifique distinct dans le cadre d'un **élargissement du dispositif de départ en retraite anticipée en cas d'incapacité permanente** créé par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. La condition d'exposition de 17 ans en cas de taux d'incapacité permanente compris entre 10 % et 19 % est supprimée pour les maladies professionnelles liées à ces quatre facteurs, permettant un élargissement du nombre de bénéficiaires. Les victimes concernées pourront ainsi bénéficier d'une retraite à taux plein dès l'âge de 60 ans ;

- le financement du compte professionnel de prévention n'est plus assuré par des cotisations spécifiques versées par les entreprises mais supporté par la branche AT-MP, au prix d'une hausse de la majoration M4 du taux de cotisation AT-MP.

---

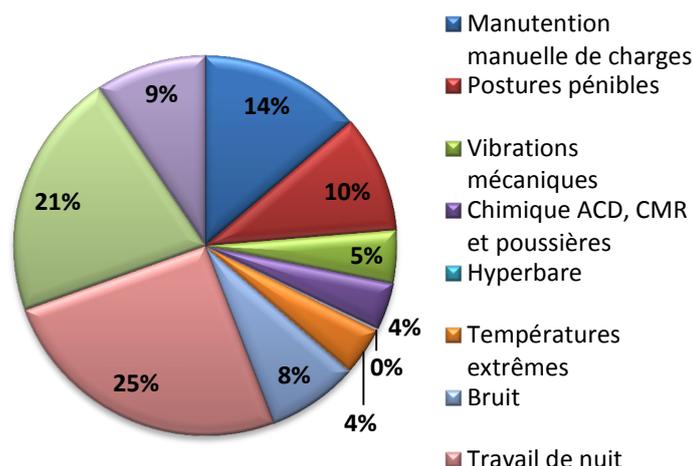
<sup>1</sup> Loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.

<sup>2</sup> 1° de l'article 5 de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017.

<sup>3</sup> Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention

Selon les données communiquées par le ministère des solidarités et de la santé à votre commission, 651 119 salariés ont été déclarés exposés à l'un ou plusieurs des dix facteurs de risques professionnels au titre de la pénibilité au cours de l'année 2017<sup>1</sup>.

### Répartition des déclarations au titre de la pénibilité par facteurs de risques professionnels en 2017



*Source : Réponses du ministère des solidarités et de la santé au questionnaire de la commission des affaires sociales*

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 fixe la contribution de la branche AT-MP au financement de ces deux dispositifs à :

- 254,2 millions d'euros pour la branche AT-MP du régime général, dont :

○ 93,2 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, en hausse de 42 % par rapport à 2018 ;

○ 161 millions d'euros au titre du C2P, en hausse de 52 % par rapport à 2018 ;

- 8 millions d'euros pour la branche AT-MP du régime des salariés agricoles, soit un niveau équivalent à celui initialement prévu pour l'année 2018, dont :

○ 5,5 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente ;

○ 2,5 millions d'euros au titre du C2P.

<sup>1</sup> Il s'agit toutefois de données provisoires dans la mesure où environ 140 000 déclarations n'ont pas encore été intégrées, en raison de la généralisation progressive des nouvelles modalités déclaratives (déclaration sociale nominative).

La montée en charge de ces deux dispositifs jusqu'en 2022 pour la branche AT-MP du régime général serait la suivante :

### Évolution du financement de la pénibilité

(en millions d'euros)

	2018	2019	2020	2021
<b>Compte professionnel de prévention</b>	106	161	160	160
<b>Élargissement du dispositif de retraite anticipée</b>	15	93,2	100	120

Source : Direction de la sécurité sociale

## 2. L'intégration du solde de la branche AT-MP des marins

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le solde des charges et produits du risque AT-MP du régime des marins est retracé dans les comptes de la branche AT-MP du régime général. Cette mesure a augmenté les charges de la branche en 2018 de 60 millions d'euros.

Selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2017, le besoin de financement au titre des prestations AT-MP des marins diminue tendanciellement, en cohérence avec la baisse des prestations légales<sup>1</sup>.

## 3. L'enjeu à venir de l'indemnisation des victimes du chlordécone

Lors d'un déplacement aux Antilles à la fin du mois de septembre 2018, le Président de la République a confirmé le lancement d'une procédure destinée à **reconnaître comme maladie professionnelle l'exposition au chlordécone**, pesticide jugé cancérigène utilisé pendant une vingtaine d'années jusqu'en 1993 dans les bananeraies de Guadeloupe et Martinique. Selon Santé publique France, la contamination des sols aurait conduit à toucher plus de 90 % de la population adulte de ces territoires, le chlordécone étant présumé avoir un lien avec des cancers de la prostate, des naissances prématurées ou encore des retards de développement cérébral.

<sup>1</sup> - 3,7 % entre 2015 et 2016, - 0,6 % prévu entre 2017 et 2018.

Le Président de la République a ainsi annoncé que « *la procédure d'ouverture du registre des maladies professionnelles sera engagée par le gouvernement, dès le 2 octobre, pour le régime général des maladies professionnelles et le 9 octobre pour le régime agricole.* »<sup>1</sup> Afin d'actualiser les tableaux des maladies professionnelles, l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÉS) devront rendre d'ici mars 2019 leurs travaux d'évaluation de l'impact du chlordécone, à partir desquels les partenaires sociaux entameront leur négociation sur les conditions de reconnaissance des maladies en lien avec l'exposition à cette molécule.

Par analogie avec l'amiante, il sera difficile d'imputer l'indemnisation correspondante à des entreprises déterminées pour faute inexcusable, d'autant qu'il s'agit bien souvent d'exploitations agricoles dont certaines ont disparu ou dont les responsables et leurs familles ont eux-mêmes directement été exposés. Par ailleurs, la responsabilité de l'État dans le retard pris dans l'interdiction de l'utilisation du chlordécone est en également jeu. Dans ces conditions, votre commission estime que la prise en charge de l'exposition au chlordécone comme maladie professionnelle par la branche AT-MP devra vraisemblablement **intervenir sous forme mutualisée**, selon un dispositif analogue aux fonds amiante, combinant dotation de la branche AT-MP alimentée par la hausse d'une ou plusieurs majorations du taux de cotisation et dotation de l'État.

Dans cette logique, notre collègue député Olivier Serva a déposé en juillet 2018 une proposition de loi<sup>2</sup> visant à instituer un régime d'indemnisation des victimes du chlordécone en Guadeloupe et en Martinique, le fonds correspondant étant appelé à être alimenté par une contribution de l'État et une contribution de la branche AT-MP.

---

<sup>1</sup> Déclaration du Président de la République dans une exploitation agricole de Martinique, 30 septembre 2018.

<sup>2</sup> Proposition de loi tendant à la création d'un régime d'indemnisation des victimes du chlordécone en Guadeloupe et en Martinique, n° 1159, déposée le mercredi 11 juillet 2018.

---

## C. UNE PROCÉDURE DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES PERFECTIBLE

### 1. Deux voies de reconnaissance

L'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale a institué deux voies de reconnaissance des maladies professionnelles :

- *La procédure de droit commun : les tableaux des maladies professionnelles*

Aux termes de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, « est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. » En application de l'article L. 461-2 du même code, les tableaux de maladies professionnelles recensent les affections présumées résulter de l'exposition à des agents nocifs, d'infections microbiennes ou d'une ambiance ou d'attitudes particulières nécessitées par l'exécution des travaux limitativement énumérés.

En pratique, la création et l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles sont le résultat d'une **concertation entre l'administration et la commission spécialisée n° 4 relative aux pathologies professionnelles**, dite « CS4 », formation du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT). La CS4 est composée des administrations concernées<sup>1</sup>, de représentants des salariés et des employeurs, des organismes nationaux d'expertise et de prévention<sup>2</sup> et de personnes qualifiées nommées en raison de leur connaissance de la problématique<sup>3</sup>.

**Le programme de travail annuel de la CS4 est établi par le ministère du travail**, en lien avec le ministère des solidarités et de la santé, après avis de la commission et sur la base des propositions de création ou de modification des tableaux adressées par les personnalités qualifiées, les partenaires sociaux ou l'administration<sup>4</sup>.

- *La voie dérogatoire : les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles*

L'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale prévoit que lorsque les conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies ou **lorsqu'une maladie n'est pas inscrite dans un tableau de maladies professionnelles**, une procédure dérogatoire de reconnaissance des maladies professionnelles, faisant appel à une expertise individuelle, peut être engagée.

---

<sup>1</sup> Direction générale du travail, direction de la sécurité

<sup>2</sup> ANSéS, Santé publique France.

<sup>3</sup> Professeur des universités praticien hospitalier (PU-PH), associations de victimes.

<sup>4</sup> Sur la période 2014-2017, trois tableaux ont ainsi été révisés, tandis que deux ont été créés.

La demande de reconnaissance de maladie professionnelle de l'assuré est alors soumise par la caisse primaire d'assurance maladie concernée (CPAM) à un **comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP)** composé de trois médecins, dont l'avis est contraignant : le médecin conseil régional ou son représentant, le médecin inspecteur régional du travail ou son représentant et un professeur des universités praticien hospitalier (PU-PH) qualifié en matière de pathologies professionnelles.

Les CRRMP examinent chaque année un nombre croissant de dossiers – près de 23 000 en 2017 – alors que, dans le même temps, la ressource médicale diminue. La concomitance de ces deux phénomènes entraîne des **délais d'examen importants par les comités**, préjudiciables aux assurés. Un décret du 7 juin 2016<sup>1</sup> est intervenu pour renforcer l'action des comités dans les cas les plus complexes, notamment les dossiers de pathologies psychiques.

**La part des dossiers concernant des maladies non inscrites sur des tableaux de maladies professionnelles est en augmentation continue depuis 2010** et a atteint 16,7 % des demandes traitées par les CRRMP en 2017, pour un pourcentage de reconnaissance de 36 %. Cette progression est en partie alimentée par les demandes de reconnaissance de troubles psychosociaux, en augmentation de 42 % en 2017.

## 2. Des procédures en cours d'amélioration

Lors de son audition par votre commission le 11 octobre 2018, la ministre des solidarités et de la santé a déclaré que son ministère réfléchit « à la question de la reconnaissance des maladies professionnelles. J'ai été très étonnée quand j'ai découvert que la liste des maladies professionnelles résultait d'une négociation entre les partenaires sociaux et qu'elle n'avait donc rien de scientifique. Muriel Pénicaud et moi-même souhaitons **remettre un peu de science dans ce processus**, ce qui permettra d'améliorer profondément le système actuel. »

Cette analyse reprend en substance des critiques déjà émises en septembre 2008 par la Cour des comptes qui estimait que « *même lorsque de forts indices scientifiques ou des certitudes existent en ce qui concerne le lien de causalité, ils ne suffisent pas pour qu'une inscription au tableau ou une mise à jour soient engagées, en raison de l'imbrication des phases d'expertise technique et de décision administrative ou politique. Les partenaires sociaux interviennent tant dans la phase de négociation sociale visant à déterminer ce qui est susceptible d'entrer dans le champ de la réparation que dans la phase scientifique permettant de faire l'état des causes d'une pathologie donnée. La présomption d'imputabilité y relève de la négociation et non de critères scientifiquement établis.* »<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

<sup>2</sup> Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2008.

Les représentants des partenaires sociaux soulignent, pour leur part, que la reconnaissance d'une maladie professionnelle est à l'origine un concept juridique qui ne peut se cantonner à une analyse exclusivement médicale. Elle est généralement le résultat d'un **compromis social et politique** en vue de l'ouverture d'un droit à réparation dans le cadre d'un **système assurantiel**.

En outre, les partenaires sociaux comme la direction de la sécurité sociale du ministère des solidarités et de la santé insistent sur les améliorations apportées en 2018 à la procédure de création et de révision des tableaux des maladies professionnelles.

Jusqu'à présent, chaque projet de création ou de révision de tableau donnait lieu à la création d'un groupe de travail *ad hoc* au sein de la CS4. Les experts entendus dans ce cadre étaient choisis d'un commun accord par les partenaires sociaux. Dorénavant, l'État saisira l'ANSÉS ou toute autre structure offrant les mêmes garanties en termes d'expertise scientifiques et d'indépendance pour piloter une étude collective et pluridisciplinaire. Une analyse médico-économique pourra également, le cas échéant, être sollicitée auprès de la Haute Autorité de santé (HAS).

Ces documents seront transmis aux partenaires sociaux de la CS4 qui chercheront à dégager un consensus sur un projet de tableau commun. Pour les pathologies pour lesquelles il est décidé de ne pas faire de tableau, les partenaires sociaux pourront proposer des recommandations aux CRRMP.

Votre commission rappelle que **la décision finale de créer ou modifier un tableau ou d'établir des recommandations aux CRRMP continue de relever de la responsabilité de l'État**. À cet égard, elle souligne la responsabilité de l'État qui dispose de toute la latitude réglementaire et politique nécessaire pour reconnaître une maladie professionnelle par décret, l'avis de la CS4 demeurant **non contraignant**. À cet égard, il convient de souligner le **retard important généralement pris par l'État pour publier les décrets** relatifs à la création ou la révision des tableaux de maladies professionnelles : à titre d'exemple, le décret du 5 mai 2017 réformant les tableaux relatifs notamment aux affections périarticulaires et au carcinome hépatocellulaire a été publié bien après des avis de la CS4 remontant à octobre 2013, novembre 2014 et janvier et mai 2015.

### 3. L'enjeu de la mobilisation du corps médical

Votre commission souligne, en outre, qu'en application de l'article L. 461-6 du code de la sécurité sociale, **tout médecin est tenu de déclarer tout symptôme ou toute maladie qui présentent, selon lui, un caractère professionnel**, que ces symptômes ou maladies figurent ou pas dans un tableau de maladies professionnelles.

Afin de renforcer l'identification par les médecins de l'origine professionnelle de maladies, votre commission prône :

- l'intégration d'un **module de formation obligatoire consacré aux maladies professionnelles** tant dans le **cursus initial des études de médecine** que dans le cadre du **développement professionnel continu** des médecins, en particulier dans des spécialités étroitement liées à la santé au travail (médecine générale, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, dermatologie et psychiatrie) ;

- l'instauration de **stages en services de santé au travail** pour les internes et externes en médecine ;

- la **mobilisation des médecins conseils de la sécurité sociale** qui devraient être encouragés à interroger systématiquement le cursus professionnel de l'assuré en cas d'ALD, sur le modèle des expérimentations conduites dans le suivi des cancers de la vessie ou des mésothéliomes ;

- l'expérimentation d'un système de **cotation spécifique** en cas de diagnostic par un médecin généraliste d'une affection d'origine professionnelle afin de mieux rémunérer le temps plus long d'examen, sur le modèle des consultations pour des enfants de 0 à 10 ans. En cas d'identification d'une maladie professionnelle plus tard dans le parcours de soins, le médecin pourrait percevoir, dans le cadre d'une **cotation rétroactive**, le complément correspondant.

#### ***D. L'IMPÉRATIF RENFORCEMENT DE LA LOGIQUE ASSURANTIELLE ET PRÉVENTIVE DE LA BRANCHE AT-MP***

##### **1. Réduire la part mutualisée du taux de cotisation**

Afin de réduire la part des majorations dans le taux global de cotisation, la Cour des comptes appelle en particulier à :

- une **imputation du coût des maladies professionnelles différées aux entreprises du domaine d'activité concerné** plutôt qu'à l'ensemble des entreprises. Dans cette logique, le taux de la majoration M3, qui recouvre la mutualisation de l'indemnisation des victimes de l'amiante, de la moitié du transfert à la branche maladie de la prise en charge des maladies professionnelles déclarées à titre différé ou non déclarées et de l'imputation de maladies professionnelles à un compte spécial, pourrait être revu à la baisse ;

- une **actualisation régulière des paramètres utilisés pour valoriser les dépenses de prestations prises en compte pour le calcul du taux brut** afin de circonscrire dans la durée les montants de dépenses non imputés à un compte employeur déterminé et donc de réduire le taux de la majoration M2 qui les finance.

Selon votre commission, la piste d'une imputation au domaine d'activité concerné du coût des maladies professionnelles différées ou des maladies pour lesquelles une ou plusieurs entreprises responsables n'ont pu être identifiées doit être approfondie, car elle tendrait à mieux responsabiliser les entreprises d'un secteur donné et donc à favoriser les actions de prévention des risques professionnels.

## **2. Mettre à profit les excédents de la branche AT-MP pour renforcer les actions de prévention**

### *a) Privilégier une augmentation du taux de cotisation maladie et une baisse à due concurrence du taux de cotisation AT-MP*

Il ressort des auditions conduites par votre rapporteur que la poursuite en 2019 de l'abaissement du taux de cotisation AT-MP est écartée, à ce stade, par le Gouvernement.

La trajectoire financière dessinée pour la branche AT-MP par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 table sur un excédent d'1,1 milliard d'euros en 2019, d'1,2 milliard d'euros en 2020 et d'1,3 milliard d'euros en 2021 et 2022. Dans ces conditions, le taux d'adéquation des recettes de la branche avec ses dépenses atteindra **109 %** en 2019 et **110 %** les trois années suivantes.

Après avoir permis l'apurement de la dette de la branche, la poursuite de l'accumulation d'excédents par la branche AT-MP pourrait être mise à profit par le Gouvernement non seulement pour **poursuivre le désendettement de la sphère sociale** au titre de la solidarité interbranches mais également pour **alléger les déficits et la dette de l'État**.

En effet, la loi de programmation des finances publiques pour 2018-2022 a posé le principe selon lequel **tout excédent des régimes de sécurité sociale supérieur à 0,8 point de PIB, soit environ 20 milliards d'euros, sera rétrocedé à l'État**<sup>1</sup>. Le rapport de Christian Charpy et Julien Dubertret sur la rénovation des relations financières entre l'État et la sécurité sociale préconise ainsi une compensation non intégrale par l'État à la sécurité sociale des allègements généraux de cotisations (notamment du CICE) à hauteur de **seulement 50 %**.

Dans ces conditions, comme le confirme le programme de qualité et d'efficacité de la branche AT-MP, *« une partie des recettes de la branche serait rétrocedée à l'État au titre de la participation de la sécurité sociale à la prise en charge du renforcement des allègements généraux. »*

---

<sup>1</sup> La loi fixe un solde des administrations de sécurité sociale à 0,8 point de PIB à partir de 2019 et au-delà, et « fait l'hypothèse conventionnelle d'une contribution du secteur ASSO à la réduction du déficit de l'État, sous forme de transfert, dès 2019. Ce transfert stabilise l'excédent ASSO hors Cades et FRR sur toute la période à un niveau légèrement supérieur à l'équilibre » (rapport annexe à la loi de programmation des finances publiques 2018-2022).

Comme le rappelait le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales de juillet 2018 sur la situation des comptes sociaux<sup>1</sup>, « les risques « assurantiels » (retraite, chômage et AT-MP), pour lesquels **la prestation est liée à la qualité de cotisant** et a fortiori lorsque la prestation est normalement proportionnelle à la contribution, doivent reposer majoritairement sur des cotisations des employés et de leurs employeurs (ou uniquement de ceux-ci s'agissant de l'AT-MP). » Notre rapporteur général soulignait ainsi que « qu'à l'inverse des recettes de l'État, **les recettes sociales n'ont pas vocation à faire partie d'un « pot commun » mais sont, au contraire, par nature, fléchées.** Il ne s'agit donc pas de construire chaque année une tuyauterie complexe mais de définir un système où recettes dédiées et charges financées s'équilibrent à moyen terme, en dehors des aléas liés à la conjoncture économique. »

Votre commission est ainsi d'avis que l'État ne peut prélever dans les excédents accumulés par certaines branches pour désendetter d'autres branches, de la même façon qu'un syndicat ne peut mutualiser les recettes issues de plusieurs copropriétés, sauf à remettre en cause la logique assurantielle organisant la protection contre certains risques, dont le risque AT-MP. L'impératif de cohérence de notre système de protection sociale devrait donc inviter le Gouvernement à **augmenter le taux de cotisation maladie** et à **baissier à due concurrence le taux de cotisation AT-MP**, garantissant ainsi une **stricte neutralité sur le coût du travail**, afin de tenir compte des efforts déployés par les entreprises dans la réduction de leur sinistralité et le rééquilibrage des comptes de la branche, comme ce fut déjà le cas en 2018.

b) *Mettre à profit une part de l'excédent de la branche au développement de la prévention*

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale d'octobre 2018, la Cour des comptes note que « pour que la tarification des risques professionnels ait une incidence sur l'organisation du travail, l'employeur doit recevoir, à travers le taux de cotisation, un signal prix univoque, qui sanctionne ou récompense le niveau et l'évolution de la sinistralité de sa propre entreprise. Or **les règles générales de tarification sont grevées de multiples exceptions et laissent une place insuffisante à l'individualisation des taux.** »

---

<sup>1</sup> Des comptes sociaux en équilibre instable, rapport d'information n° 627 (2017-2018) de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, déposé le 4 juillet 2018.

Lors de son audition par la commission des affaires sociales le 3 octobre 2018, Mme Charlotte Lecocq, députée du Nord et auteure d'un récent rapport sur la santé au travail, a estimé que « *la part des cotisations AT-MP affectée à la prévention ne dépasse pas 3 ou 4 %, niveau très inférieur à ce qui se fait chez nos voisins, en Allemagne par exemple.* »<sup>1</sup>

Dans le souci de donner un nouvel élan à la prévention des risques professionnels, le projet de **convention d'objectifs et de gestion** (Cog) de la branche AT-MP pour la période 2018-2022 prévoit une augmentation significative des crédits qui devraient être alloués aux dispositifs d'incitation financière, dont les **aides financières simplifiées** et les **contrats de prévention**, dans le cadre du **fonds national de prévention des accidents du travail (Fnpat)**, de l'ordre de 85 millions d'euros supplémentaires par an de 2018 à 2020, puis, dans le cadre d'une clause de revoyure, de 100 millions d'euros pour les deux années restantes.

Le développement d'une offre d'accompagnement des entreprises mettra l'accent sur trois programmes prioritaires de prévention, en cohérence avec les domaines retenus lors de la précédente Cog : prévention des troubles musculo-squelettiques, des chutes et de l'exposition aux cancérogènes.

Pour 2018, les prévisions de dépenses du Fnpat s'établissent à 368,4 millions d'euros, en progression de 2,7 % par rapport à 2017.

L'incitation à la prévention passe également par une action sur les taux de cotisation. Dans son rapport précité, la Cour des comptes préconise notamment une **majoration des taux de cotisation lorsque l'entreprise présente une sinistralité anormalement élevée dans leur propre domaine d'activité**<sup>2</sup>.

À cet égard, il convient de noter que le dispositif « prime – signal » entrera en vigueur en 2022 : le taux de cotisation des entreprises de 10 à 19 salariés ayant des accidents du travail récurrents sera ainsi majoré dans la limite de 10 %. À l'inverse, les entreprises de même taille ayant une démarche positive en matière de prévention seront récompensées par une réduction forfaitaire des cotisations.

---

<sup>1</sup> Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, Hervé Lanouzière, Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée, rapport fait à la demande du Premier ministre, août 2018.

<sup>2</sup> Cette sinistralité anormale comprend des sinistres plus fréquents que dans les entreprises du même domaine d'activité, mais aussi la répétition d'accidents aux causes et aux conséquences identiques sur un même site (par exemple la fréquence de blessures à la main sur une machine donnée).

### Le dispositif « Prime - Signal »

*Extraits du rapport de Mme Charlotte Lecocq et MM. Bruno Dupuis, Henri Forest et Hervé Lanouzière, Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée, rapport fait à la demande du Premier ministre, août 2018 :*

La prime récompense la diminution du risque tandis que le signal pointe une sinistralité atypique identifiée dans les entreprises en taux collectif (moins de 20 salariés). Il se traduit par une augmentation de 10 % maximum du taux de cotisation dans les établissements ayant déclaré au moins un accident du travail avec arrêt par an durant 3 années consécutives<sup>1</sup>. A l'inverse, la prime permet une baisse de cotisation pour les entreprises déclarant (télé-déclaration) avoir mis en place les mesures de prévention socle pour leur profession, retenues dans un référentiel préalablement défini<sup>2</sup>. Les deux dispositifs, prévus par un décret du 14 mars 2017, s'appliqueront à partir de l'exercice 2021. Ils ont vocation à s'équilibrer dans une enveloppe financière d'environ 2 à 6 millions d'euros<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Selon les simulations de la branche AT-MP, le signal concernera 6 % des 144 000 établissements de 10 à 19 salariés qui ont eu au moins 1 accident par an sur 3 ans (soit près de 9 000 établissements). Cela représente 37 % de la sinistralité des entreprises de cette taille (soit près de 50 000 sinistres sur 3 ans).

<sup>2</sup> Par souci d'accessibilité, l'enregistrement déclaratif de l'employeur ne donne pas lieu à un contrôle systématique a priori des informations déclarées mais peut faire l'objet d'un contrôle a posteriori sur échantillonnage et déboucher en cas de fraude sur une pénalité financière.

<sup>3</sup> Il faut une première période de 3 ans (de 2017 à 2019) pendant laquelle les sinistres seront comptabilisés avant de notifier un premier signal.

Enfin, dans ses réponses au questionnaire de votre commission, le Gouvernement indique que des travaux ont été engagés dans le cadre de la nouvelle Cog pour adapter les dispositifs de ristournes travail et trajet afin d'en faire un levier plus simple et plus incitatif en terme de tarification pour les entreprises. L'objectif est d'aboutir à la mise en place d'un outil permettant de mieux valoriser le déploiement de politiques de prévention des entreprises.

Au-delà de ces mesures, votre commission plaide pour la **mobilisation d'au moins une partie des excédents accumulés par la branche AT-MP pour le développement d'actions de prévention**. Si elle se félicite de l'augmentation des moyens qui seront consacrés aux aides financières simplifiées et aux contrats de prévention, obtenue de haute lutte par les partenaires sociaux au cours de la négociation de la prochaine Cog, votre commission estime que le dynamisme des produits de la branche, alimenté par celui de la masse salariale, doit être mis à profit pour intensifier les efforts de sensibilisation à la prévention, en particulier auprès des très petites entreprises.

Votre commission souligne en particulier la nécessité de **porter une attention particulière aux entreprises ayant franchi le seuil des 20 salariés**. Ce changement de dimension n'est généralement pas accompagné par le développement d'une véritable politique de prévention alors que ces entreprises sont passées à un taux mixte de cotisation AT-MP combinant taux collectif du secteur d'activité et taux individuel lié à la sinistralité. Des outils spécifiques de prévention devraient ainsi être conçus pour permettre à ces établissements de s'insérer dans une logique de prévention des risques professionnels par le *management*.

En 2017, plus de 81 % des dépenses de la branche AT-MP de l'ensemble des régimes de base ont été consacrées à la réparation *via* le versement de prestations légales, quand les dépenses de prévention intervenues dans le cadre du Fnpat n'en ont représenté que 2,7 %. Dans ces conditions, votre commission appelle à une **plus grande association des partenaires sociaux à la définition de la trajectoire financière de la branche** afin qu'une politique de prévention soit définie et mise en œuvre au niveau de chaque grand domaine d'activité.

## CINQUIÈME PARTIE ASSURANCE VIEILLESSE

### I. LA BRANCHE VIEILLESSE DANS LE PLFSS POUR 2019 : UNE TRAJECTOIRE FINANCIÈRE FORTEMENT CORRIGÉE SUR LA PÉRIODE 2017-2022

En matière de retraite, les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) se suivent... mais ne se ressemblent pas !

Alors que la LFSS pour 2017 prévoyait un retour à l'équilibre de la branche vieillesse (régimes de base et Fonds de solidarité vieillesse-FSV)<sup>1</sup> à compter de 2020, la LFSS pour 2018 dressait une perspective dégradée sur la période 2018-2021.

Le PLFSS pour 2019, s'appuyant sur des hypothèses économiques plus favorables et proposant une sous-revalorisation substantielle des pensions de retraite par rapport à l'inflation, présente une trajectoire fortement corrigée à l'échéance 2022 mais qui demeure déficitaire.

Le tableau ci-dessous présente les écarts significatifs dans la prévision du solde de la branche entre les deux dernières LFSS et ce projet de loi.

Évolution des soldes de la branche vieillesse 2015-2022

LFSS/PLFSS	2015	2016	2017			2018 (p)			2019 (p)			2020 (p)			2021 (p)		2022 (p)
			2017 (p)	2018 (p)	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2018	2019	2019
Régime général	-0,3	0,9	1,6	1,3	1,8	0,6	0,2	0,8	0,7	-0,8	0,7	1,1	-2,0	0,8	-3,0	0,4	0
Tous régimes de base	0,2	1,6	1,6	1,5	2	0,4	0,1	0,4	0,1	-1,0	0,3	0,1	-2,4	0,6	-3,9	-0,2	-1,3
FSV	-3,9	-3,6	-3,8	-3,6	-2,9	-2,6	-3,4	-2,1	-1,3	-2,7	-1,8	0,3	-1,4	-0,7	-0,8	-0,3	0,1
Total branche vieillesse	-3,7	-2,0	-2,2	-2,1	-0,9	-2,2	-3,3	-1,7	-1,2	-3,7	-1,5	0,4	-3,8	-0,1	-4,7	-0,5	-1,2
Total ROBSS + FSV	-10,2	-7,0	-4,1	-4,9	-4,8	-0,7	-2,2	-1,4	2,7	0,6	0,4	6,7	4,8	1	8,6	0,7	0,1

Sources : LFSS pour 2017 et 2018, PLFSS pour 2019

<sup>1</sup> Le périmètre de la branche vieillesse dans le PLFSS n'inclut pas les régimes d'assurance vieillesse complémentaire au premier rang desquels celui des salariés du secteur privé (Agirc-Arrco). En 2017, les dépenses de ce régime se sont élevées à 80 milliards d'euros générant un déficit technique de près de 3 milliards d'euros. Les revenus tirés de la gestion des réserves financières du régime (environ 60 milliards d'euros) ainsi que des résultats exceptionnels ont permis de ramener le déficit à 569 millions d'euros. L'Agirc-Arrco ne pouvant recourir à l'endettement, ce déficit a été financé par les réserves financières.

---

**A. LE SOLDE DE LA BRANCHE VIEILLESSE S'EST DÉGRADÉ EN 2018 PAR RAPPORT À 2017, POUR LA PREMIÈRE FOIS DEPUIS 2010**

**1. Des écarts de solde significatifs entre les LFSS pour 2017 et 2018 et le PLFSS pour 2019**

*a) Des soldes présentant des écarts significatifs pour les années 2017 et 2018...*

Comme le montre le tableau des soldes de la branche vieillesse, les écarts entre les prévisions contenues dans les LFSS pour 2017 et 2018 et le PLFSS pour 2019 sont significatifs.

Dans la LFSS pour 2017, le solde de la branche vieillesse devait accuser un déficit de 2,2 milliards d'euros pour les années 2017 et 2018. La LFSS pour 2018 maintenait à 2,2 milliards d'euros le déficit pour 2017 mais prévoyait un déficit dégradé pour 2018 atteignant 3,3 milliards d'euros.

Le résultat constaté pour **2017** dans le PLFSS pour 2019 (**article 1<sup>er</sup>**) est finalement plus favorable à la branche qui enregistre un déficit de 900 millions d'euros, résultant d'un excédent des régimes de base de 2 milliards d'euros (230,7 milliards de dépenses pour 232,7 milliards d'euros de recettes) et d'un déficit du FSV de 2,9 milliards d'euros.

De même, la prévision de déficit pour **2018** (**article 5**) y est ramenée à 1,7 milliard d'euros, résultant d'un plus faible excédent des régimes de base de 400 millions d'euros (sur 236,6 milliards d'euros de dépenses) et d'un déficit moins important du FSV (2,1 milliards d'euros) par rapport à 2017.

*b) ... qui s'expliquent principalement par un manque de sincérité de la LFSS pour 2017 et une révision des hypothèses économiques associées au PLFSS pour 2019*

En 2017, la Cour des comptes avait constaté que les soldes des branches adoptés dans la LFSS pour 2017 contenaient des transferts prévisionnels de recettes entre branches qui avaient pour conséquence de gonfler artificiellement les recettes de la branche vieillesse pour plus de 3 milliards d'euros à l'horizon 2020<sup>1</sup>.

Les prévisions de solde pour les années 2017 à 2020 avaient donc été dégradées dans la LFSS pour 2018 expliquant les écarts observés avec la LFSS pour 2017.

L'amélioration sensible de la situation financière de la branche au titre des années 2017 et 2018 dans le PLFSS pour 2019 s'explique par une réévaluation des hypothèses économiques associées à ce texte par rapport à celles sur lesquelles reposait la LFSS pour 2018.

---

<sup>1</sup> Voir dans le rapport du Sénat sur la LFSS pour 2018, Cinquième partie : Assurance vieillesse, encadré « LFSS pour 2017 : un tour de passe-passe préoccupant », p 105.

L'année dernière, les prévisions de croissance du PIB pour les années 2017 et 2018 étaient estimées à 1,7 % et celles de la masse salariale respectivement de 3,3 % et de 3,1 %. L'annexe B du PLFSS pour 2019 revoit à la hausse la prévision de croissance économique à 2,2 % pour 2017 et maintient à 1,7 % celle pour 2018. Elle prévoit une hausse de la masse salariale de 3,5 % pour les deux années.

**L'amélioration de ces hypothèses économiques a un effet positif sur les recettes de la branche (voir infra) principalement assises sur les cotisations sociales pour les régimes de base et sur les prélèvements sociaux sur les revenus du capital pour le FSV.**

Ces écarts dans l'estimation des soldes de la branche vieillesse montrent à quel point ils ne constituent pas un indicateur suffisant d'analyse de sa situation financière.

Au-delà des améliorations dans la prévision de la conjoncture économique, les soldes de la branche sont en effet affectés chaque année par les nombreux transferts financiers de recettes entre branches de la sécurité sociale d'une part, et entre l'État et la sécurité sociale d'autre part. **Ces transferts, dont l'article 19 de ce projet de loi pour l'année 2019 offre une nouvelle illustration, doivent faire relativiser les affichages en matière de retour à l'équilibre de la branche mais aussi de la sécurité sociale.**

## 2. Les régimes de base en 2017 et 2018

*a) Des recettes dynamiques en raison de la hausse des taux de cotisation et de la progression soutenue de la masse salariale*

Les **recettes des régimes de base** (232,7 milliards d'euros en 2017 et 236,9 milliards d'euros en 2018) étant principalement constituées des cotisations sociales<sup>1</sup> (134,9 milliards d'euros en 2017 et 137,9 milliards d'euros en 2018), la sensibilité à l'évolution de la masse salariale est très forte. Les recettes de cotisations ont ainsi été revues à la hausse de près de 900 millions d'euros pour l'année 2017 entre la LFSS pour 2018 et le PLFSS pour 2019.

Ces recettes ont connu un très fort dynamisme depuis 2012, à la suite de l'augmentation significative des taux de cotisation décidée par le précédent Gouvernement.

### Les hausses de cotisations vieillesse entre 2012 et 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux de cotisation salariale	6,75 %	6,85 %	7,05 %	7,15 %	7,25 %	7,30 %
Taux de cotisation patronale	9,90 %	10,00 %	10,20 %	10,30 %	10,40 %	10,45 %

Source : Commission des affaires sociales

<sup>1</sup> La branche vieillesse bénéficie à elle seule de la moitié du produit des cotisations sociales.

Depuis 2017, ils atteignent pour le seul étage de base 17,75 % et s'élèvent en moyenne à près de 28 % avec la partie complémentaire, dont 11,25 % pour la partie salariale (base et complémentaire). Les taux de cotisation salariale des fonctionnaires convergent depuis la réforme des retraites de 2010 et atteindront le niveau des salariés du secteur privé en 2020.

**Le dynamisme des ressources de la branche vieillesse tirées des cotisations sociales devrait donc ralentir dans les prochaines années.**

Outre les cotisations sociales, la branche vieillesse bénéficie principalement de la **contribution de l'État-employeur** pour environ 40 milliards d'euros (38,8 milliards d'euros en 2017 et 39,8 milliards d'euros en 2018).

Ces crédits financent, en plus des cotisations salariales des fonctionnaires, les pensions civiles et militaires de l'État et sont retracés dans le compte d'affectation spéciale « Pensions »<sup>1</sup>. En 2017, cette contribution correspond à un taux employeur « fictif » de l'État de 74,28 % pour les fonctionnaires civils et de 126,07 % pour les militaires. Elle couvre l'équivalent de la cotisation patronale de l'État, une partie du déséquilibre démographique dont souffre le régime des fonctionnaires et finance des avantages de retraite spécifiques en particulier pour les militaires.

La branche reçoit enfin des **transferts financiers** de la part principalement du FSV (pour près de 20 milliards d'euros, voir *infra*), du budget de l'État à travers la subvention d'équilibre aux régimes spéciaux (6,2 milliards d'euros) et de la branche famille (pour 5 milliards d'euros).

13 milliards d'euros de recettes fiscales affectées complètent le panier de ressources en 2017 et 2018.

*b) Des dépenses bénéficiant jusqu'en 2017 de la réforme des retraites de 2010*

Au-delà des écarts observés entre les LFSS 2017 et 2018 et le PLSS pour 2019, l'amélioration tendancielle du solde de la branche vieillesse depuis 2010<sup>2</sup> s'explique par une **progression modérée des dépenses de retraite** depuis la réforme des retraites de 2010.

Les dépenses de prestations évoluent pourtant à des rythmes différents en 2017 (+1,7 %) et en 2018 (+2,8 %).

L'année 2017 a été marquée par la fin de la montée en charge du recul de l'âge légal à 62 ans prévue par la réforme de 2010. Le nombre de départs à la retraite a été un peu plus important qu'en 2016 et le pic des départs à la retraite anticipée pour carrière longue (RACL) a été atteint : 180 000 départs sur les 632 000 départs à la retraite enregistrés au régime général.

---

<sup>1</sup> Sur lequel votre commission rend un avis dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances.

<sup>2</sup> Le déficit de la branche vieillesse avait alors atteint 14,9 milliards d'euros.

En 2018, la plus forte progression des dépenses de prestations résulte de trois facteurs :

- une hausse plus importante des effectifs de départs à la retraite puisque pour la première année depuis la mise en œuvre de la réforme de 2010<sup>1</sup>, une génération entière part à la retraite sans décalage liée au recul de l'âge légal ;

- une hausse de la pension moyenne des retraités en raison de l'effet « noria »<sup>2</sup> ;

- l'effet de la revalorisation de 0,8 % des prestations de retraite intervenue au 1<sup>er</sup> octobre 2017 et qui a entraîné une revalorisation annuelle de 0,6 % en 2018.

Le poids du facteur de revalorisation pour l'année 2018 aurait toutefois pu être encore plus important si la LFSS pour 2018 n'avait pas décidé le report de la date de réévaluation annuelle, prévue le 1<sup>er</sup> octobre 2018, au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

**Avec une inflation annuelle observée en 2017 de 1 % et estimée à 1,6 % en 2018, la revalorisation indexée sur l'inflation constatée des douze derniers mois, qui serait intervenue le 1<sup>er</sup> octobre, aurait nécessairement été supérieure à 1 %. Cela aurait entraîné des dépenses supplémentaires pour les prestations versées au cours des mois d'octobre à décembre 2018.**

### **3. Le recentrage du FSV sur sa mission de financement des dispositifs non contributifs de la branche vieillesse contribue à améliorer son résultat en 2017 et 2018**

#### *a) Les recettes et les dépenses du FSV se stabilisent en 2018*

L'économie générale du FSV a été profondément modifiée depuis 2016 tant au niveau de ses dépenses que de ses recettes (*voir ci-après le compte du FSV*).

• Au niveau des **dépenses**, la LFSS pour 2017, reprenant une recommandation du Sénat<sup>3</sup>, avait recentré la mission du FSV, de financement des dispositifs de solidarité de la branche vieillesse auprès des régimes de base, autour des seules prestations non contributives : le minimum vieillesse, pour 3,1 milliards d'euros en 2017 et la validation gratuite des trimestres de retraite pour les périodes d'inactivité (principalement le chômage pour plus de 11 milliards d'euros et la maladie pour 1,8 milliard d'euros).

---

<sup>1</sup> Le recul de l'âge légal avait commencé au 1<sup>er</sup> juillet 2013 et s'était poursuivi jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

<sup>2</sup> Les nouvelles générations d'actifs partant actuellement à la retraite liquident des pensions moyennes d'un montant plus élevé que les retraités qui décèdent, en raison de carrière complète de cotisations et d'un plus fort taux d'emploi des femmes.

<sup>3</sup> Le vrai rôle du FSV, rapport n° 668 (2015-2016) d'information fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, G. Roche et C. Génisson, juin 2016.

**Compte du Fonds de solidarité vieillesse  
2016 à 2022**

*En millions d'euros*

<b>SECTION 1 : OPERATIONS DE SOLIDARITE</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018 (p)</b>	<b>2019 (p)</b>	<b>2020 (p)</b>	<b>2021 (p)</b>	<b>2022 (p)</b>
<b>CHARGES DE SOLIDARITE</b>	<b>17 133</b>	<b>17 366</b>	<b>17 570</b>	<b>17 891</b>	<b>18 144</b>	<b>18 309</b>	<b>18 516</b>
Au titre du service national	29	31	32	33	34	35	36
Au titre du chômage régimes de base	11 318	11 546	11 515	11 547	11 459	11 482	11 502
Au titre du chômage régimes complémentaires	353	352	339	326	352	355	356
Au titre de la maladie	1 669	1 751	1 816	1 895	1 974	2 059	2 155
Au titre des stagiaires	231	206	209	212	214	219	225
Au titre des apprentis	20	0	50	51	52	53	54
<i>Sous-total Prises en charge de cotisations</i>	<i>13 620</i>	<i>13 887</i>	<i>13 961</i>	<i>14 064</i>	<i>14 086</i>	<i>14 203</i>	<i>14 327</i>
Au titre du minimum vieillesse (MV)	3 118	3 079	3 204	3 420	3 628	3 665	3 731
Autres charges techniques (frais gestion MV)	42	41	41	41	41	41	41
<i>Sous-total Prises en charge de prestations de solidarité</i>	<i>3 161</i>	<i>3 120</i>	<i>3 245</i>	<i>3 461</i>	<i>3 669</i>	<i>3 706</i>	<i>3 772</i>
ANV, remises/annulations/créances sur produits FAR et dégrèvements	2	0	0	0	0	0	0
Charges de gestion courante (gestion administrative)	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	1
<i>Sous-total charges diverses</i>	<i>352</i>	<i>359</i>	<i>364</i>	<i>366</i>	<i>389</i>	<i>401</i>	<i>416</i>
<b>PRODUITS AFFECTES SECTION 1</b>	<b>16 468</b>	<b>16 883</b>	<b>17 085</b>	<b>16 878</b>	<b>17 401</b>	<b>18 006</b>	<b>18 660</b>
CSG sur revenus du patrimoine et des placements	9 663	10 084	12 721	12 608	12 998	13 453	13 943
Prélèvement social s/revenus du capital	4 202	4 118	4 318	4 270	4 403	4 553	4 717
Prélèvement solidarité s/revenus du capital	2 509	2 639	0	0	0	0	0
Annulation de charge sur exercice antérieur	94	42	46	0	0	0	0
Produits divers	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0
<b>SOLDE DE LA SECTION 1</b>	<b>- 665</b>	<b>- 483</b>	<b>- 485</b>	<b>- 1 013</b>	<b>- 743</b>	<b>- 303</b>	<b>144</b>
<b>Déficit cumulé S1 non encore repris</b>	<b>- 665</b>	<b>- 1 148</b>	<b>- 1 634</b>	<b>- 2 646</b>	<b>- 3 389</b>	<b>- 3 692</b>	<b>- 3 548</b>
<b>SECTION 2 (2016) et section distincte Mico</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018 (p)</b>	<b>2019 (p)</b>	<b>2020 (p)</b>	<b>2021 (p)</b>	<b>2022 (p)</b>
<b>CHARGES AUTRES PRESTATIONS</b>	<b>3 611</b>	<b>2 567</b>	<b>1 737</b>	<b>967</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Majoration pour conjoint à charge	36	0	0	0	0	0	0
Minimum contributif	3 494	2 514	1 737	967	0	0	0
<i>Sous-total Prises en charge autres prestations</i>	<i>3 529</i>	<i>2 514</i>	<i>1 737</i>	<i>967</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
ANV, remises/annulations/créances sur produits	75	53	0	0	0	0	0
Frais d'assiette et de recouvrement	7	0	0	0	0	0	0
Dotations aux provisions	0	0	0	0	0	0	0
Charges de gestion courante (gestion administrative)	0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0
<i>Sous-total charges diverses</i>	<i>82</i>	<i>53</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<b>PRODUITS AFFECTES SECTION 2</b>	<b>636</b>	<b>112</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Contrib. s/avantages retraite+préretraite	231	- 10	0	0	0	0	0
Redevance fréquences (licence UMTS)	30	27	0	0	0	0	0
Taxe sur les salaires	338	0	0	0	0	0	0
Autres (sommes en déshérence)	17	38	0	0	0	0	0
Antériorité des autres recettes hors capital	20	57	7	0	0	0	0
<b>SOLDE DE LA SECTION DISTINCTE MICO (ex section 2)</b>	<b>- 2 976</b>	<b>- 2 455</b>	<b>- 1 730</b>	<b>- 967</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Déficit cumulé S2 non encore repris</b>	<b>- 2 976</b>	<b>- 5 431</b>	<b>- 7 161</b>	<b>- 8 128</b>	<b>- 8 128</b>	<b>- 8 128</b>	<b>- 8 128</b>
<b>SOLDE SECTION 1 + 2</b>	<b>-3 641</b>	<b>- 2 938</b>	<b>- 2 215</b>	<b>- 1 980</b>	<b>- 743</b>	<b>- 303</b>	<b>144</b>
<b>Déficit cumulé non encore repris</b>	<b>-3 641</b>	<b>- 6 579</b>	<b>- 8 794</b>	<b>- 10 774</b>	<b>- 11 517</b>	<b>- 11 820</b>	<b>- 11 676</b>

Source : FSV

Elle a également transféré progressivement, jusqu'en 2020, le financement du minimum contributif directement aux régimes de base. Comme l'avait souligné le rapport du Sénat, le minimum contributif (Mico) relève autant d'une logique de solidarité que d'une logique contributive, puisque ce complément de retraite est versé aux assurés ayant travaillé toute leur vie<sup>1</sup> en cotisant sur des salaires faibles.

Depuis 2011, le FSV finançait la moitié du coût de cette prestation pour un montant de 3,5 milliards d'euros par an environ. Sa participation a été portée à 2,5 milliards d'euros en 2017 et à 1,7 milliard d'euros en 2018.

**Le recentrage du Fonds sur sa mission de financement des seuls dispositifs non contributif** - la LFSS pour 2017 a prévu également le transfert de la majoration de pension pour conjoint à charge à la branche famille (36 millions d'euros) - **a contribué a amélioré le solde très déficitaire du FSV.**

- Tirant les conséquences de l'arrêt « de Ruyter » de la Cour de justice de l'Union européenne, la LFSS pour 2016 a modifié l'ensemble des **recettes** du FSV en lui affectant près de 17 milliards d'euros de **prélèvements sociaux assis sur les revenus du capital**<sup>2</sup>.

Depuis 2016, les deux principales ressources du FSV sont :

- la **CSG sur les revenus du capital** pour 10 milliards d'euros en 2017 et plus de 12,7 milliards d'euros en 2018, à la suite de l'augmentation de 1,7 point de son taux (LFSS pour 2018). Le FSV bénéficie donc désormais des 9,3 points de CSG sur les revenus du capital soit l'intégralité de cette recette ;

- le **prélèvement social sur les revenus du capital** pour 4,2 milliards d'euros en moyenne en 2017 et 2018 ;

En 2016 et 2017, le FSV a été destinataire également des recettes du prélèvement de solidarité sur les revenus du capital pour plus de 2,5 milliards d'euros. La hausse des recettes de CSG pour le FSV en 2018, à hauteur de 2,7 milliards d'euros, a justifié qu'il perde l'affectation du prélèvement de solidarité **malgré la persistance d'un déficit très élevé.**

*b) Malgré une réduction de son déficit en 2017 et 2018, le FSV fait porter à l'Acoss près de 9 milliards d'euros de dette fin 2018*

- Depuis 2001, le FSV n'a connu un **solde annuel** positif qu'en 2007 et 2008<sup>3</sup>.

En 2017, le **déficit du Fonds atteint 2,9 milliards d'euros** en recul de près de 700 millions d'euros par rapport à 2016, profitant de la baisse d'un milliard d'euros de la charge du Mico.

---

<sup>1</sup> Pour en bénéficier, l'assuré doit avoir atteint l'âge minimum légal et validé au moins 160 trimestres.

<sup>2</sup> Revenus de placement et revenus de placement.

<sup>3</sup> Alors qu'il était globalement à l'équilibre depuis sa création en 1993.

En 2018, le **montant du déficit** diminue pour la seconde année consécutive et s'élève à **2,2 milliards d'euros**.

La réduction du déficit du FSV, en 2017 et 2018, plus marquée dans le PLFSS pour 2019 que dans la LFSS pour 2018 (respectivement - 3,6 et - 3,4 milliards d'euros) s'explique par une croissance du PIB finalement plus soutenue qui a accru les recettes du Fonds assises sur les revenus du capital.

Elle aurait toutefois pu encore être plus importante sans **la décision du Gouvernement, l'année dernière, de ne pas affecter de ressources supplémentaires au FSV pour financer l'augmentation du minimum vieillesse** (140 millions d'euros en 2018<sup>1</sup>).

- Depuis 2016, les déficits annuels du FSV ne sont plus repris par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). La LFSS pour 2016 avait en effet épuisé le plafond de reprise de dette sociale par la Cades sans toutefois le relever. Les déficits cumulés des régimes de base de la sécurité sociale sont donc depuis lors portés par l'Acoss à hauteur de 23,1 milliards d'euros fin 2017.

Le **déficit cumulé du FSV** représente fin 2017 6,6 milliards d'euros (*voir tableau ci-avant*) soit plus du tiers de la dette sociale portée par l'Acoss. À la fin de l'année 2018, il devrait atteindre 8,8 milliards d'euros.

## **B. À PARTIR DE 2019, LE GOUVERNEMENT FERA PESER SUR LES SEULS RETRAITÉS ACTUELS LA CHARGE DU REDRESSEMENT DE LA TRAJECTOIRE FINANCIÈRE DE LA BRANCHE VIEILLESSE**

### **1. Le PLFSS pour 2019 présente une perspective corrigée du solde de la branche vieillesse pour les années 2019 à 2022**

Alors que la LFSS pour 2017 prévoyait une réduction du déficit de la branche vieillesse à 1,2 milliard d'euros en 2019 avant un retour à l'équilibre en 2020 avec 400 millions d'euros d'excédents, la LFSS pour 2018, reprenant la trajectoire dessinée dans la LFSS pour 2016, envisageait une forte dégradation des comptes sur la période 2019-2021. Le déficit de la branche devait ainsi atteindre 3,7 milliards d'euros en 2019, 3,8 milliards d'euros en 2020 et se creuser à 4,7 milliards d'euros en 2021 (*voir le tableau dans l'introduction*).

Le PLFSS pour 2019 (**article 22 et articles 56 et 58** pour les objectifs de dépenses des régimes de base et du FSV) reprend à son tour la tendance dessinée par la LFSS pour 2017 en prévoyant une baisse du déficit de la branche vieillesse par rapport à 2018 (- 1,7 milliard d'euros) sur la période 2019-2022.

---

<sup>1</sup> La hausse du minimum vieillesse se poursuit en 2019 (340 millions d'euros de dépenses supplémentaires) et en 2020 (525 millions d'euros en plus) pour atteindre le montant de 903 euros par mois pour une personne seule.

En **2019**, le déficit s'établirait à 1,5 milliard d'euros résultant d'un excédent de 300 millions d'euros des régimes de base (pour une dépense de 241,5 milliards d'euros) et d'un déficit du FSV passant sous la barre des 2 milliards d'euros (1,8 milliard d'euros). En **2020**, le solde de la branche approcherait l'équilibre (déficit de 100 millions d'euros) avant d'afficher de nouveaux déficits dans des proportions limitées : 500 millions d'euros en **2021** et 1,2 milliard d'euros en **2022**.

Si les hypothèses de croissance sur l'ensemble de la période (1,7 %) n'ont pas changé par rapport à la LFSS pour 2018, les prévisions d'évolution de la masse salariale sont un peu plus dynamiques dans le PLFSS pour 2019 que dans la loi de financement pour cette année : 3,5 % en 2019, 3,7 % en 2020, 3,8 % en 2021 et 3,7 % en 2022.

Cette réévaluation est de nature à affecter les prévisions de recettes de cotisations et à améliorer à la marge le solde de la branche pour 2019, par rapport aux prévisions de la dernière LFSS.

**Contrairement aux années 2017 et 2018 toutefois, l'amélioration de la trajectoire financière de la branche vieillesse à partir de 2019 n'est pas seulement due à des hypothèses économiques plus favorables. Elle tient essentiellement à la mesure nouvelle proposée par ce PLFSS : la sous-revalorisation des pensions en 2019 et 2020 (0,3 %) dans un contexte de reprise de l'inflation (1,6 % en 2018 et 1,3 % en 2019).**

## **2. Les régimes de base en 2019 : des dépenses considérablement et durablement freinées**

- La structure des **recettes** des régimes de base ne connaît pas de changement particulier en 2019. Les cotisations sociales abondent les régimes à hauteur de 141,2 milliards d'euros et continuent de bénéficier du dynamisme de la masse salariale.

Le présent PLFSS devrait toutefois confirmer la réforme du forfait social (**article 11 ter**), initialement prévue par le projet de loi relatif à la croissance et à la transformation des entreprises (Pacte) et réintroduit par un amendement du Gouvernement lors de l'examen du présent texte à l'Assemblée nationale. Le forfait social, dont la recette aurait été en 2019 de 6 milliards d'euros, est affecté à la caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav). L'impact financier de la réforme devrait s'élever à 600 millions d'euros<sup>1</sup>.

La part des recettes fiscales de la branche ne devrait toutefois pas diminuer en 2019 et atteindrait un montant de 15 milliards d'euros.

---

<sup>1</sup> D'après les estimations données par le Président et le directeur général de la Cnav, lors de leur audition devant votre commission le 17 octobre 2018. Voir le compte-rendu annexé au présent rapport.

• Le facteur décisif pour le rétablissement de la trajectoire financière de la branche vieillesse se situe du côté des **dépenses** : la proposition soumise au Parlement (**article 44** du PLFSS pour 2019<sup>1</sup>) de ne revaloriser, en 2019 et en 2020, les prestations sociales, au premier rang desquelles les pensions de retraite, qu'à hauteur de 0,3 %.

Cette décision est en effet **significative pour l'équilibre financier** de la branche au regard des nouvelles prévisions d'inflation pour les années 2018 et 2019 associées à ce PLFSS : 1,6 % en 2018 et 1,3 % en 2019.

Depuis la LFSS pour 2016, la revalorisation des pensions se fonde sur l'évolution de la valeur moyenne de l'inflation calculée sur les douze derniers mois. Dès lors, le coefficient de revalorisation des pensions au 1<sup>er</sup> janvier 2019 devrait égaler l'évolution des prix intervenue entre novembre 2017 et octobre 2018. **En conséquence, la revalorisation à cette date aurait dû être de 1,5 %.**

La sous-revalorisation des prestations de retraite de 1,2 point en 2019 entraîne des économies substantielles pour les régimes de base de retraite sur la période 2019-2022 (*voir tableau ci-dessous*).

#### **Impact financier de la sous-revalorisation des prestations sociales sur les dépenses d'administration publiques et de la branche vieillesse**

(en milliards d'euros)

		<b>Impact financier en droits constatés</b>			
		2019	2020	2021	2022
<i>Ensemble des prestations</i>	<i>Total</i>	<b>3,2</b>	<b>6,1</b>	<b>6,4</b>	<b>6,4</b>
	<i>État</i>	0,8	1,5	1,5	1,5
	<i>Asso</i>	<b>2,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,9</b>	<b>4,9</b>
<i>Pensions de retraite</i>	<i>Total</i>	<b>2,8</b>	<b>5,2</b>	<b>5,4</b>	<b>5,4</b>
	<i>État</i>	0,8	1,4	1,5	1,5
	<i>Asso</i>	<b>2,0</b>	<b>3,8</b>	<b>3,9</b>	<b>3,9</b>

Source : Étude d'impact du PLFSS pour 2019

**L'impact financier pour l'ensemble des régimes de base d'assurance vieillesse est donc de 2 milliards d'euros en 2019.** Les économies générées dans le champ de l'État correspondent à la diminution des crédits de la contribution employeur qui équilibre le régime de retraite des fonctionnaires de l'État. Si les pensions publiques sont moins revalorisées, le besoin d'équilibre sera moindre.

<sup>1</sup> L'article 44 limite à 0,3 % la revalorisation de l'ensemble des prestations sociales à l'exception des prestations suivantes : l'allocation de veuvage (1° de l'article 44), le minimum vieillesse dans ses différentes composantes (2°, 8° et 9°), l'allocation supplémentaire d'invalidité (3°), le plafond de ressource pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé (4°), le revenu de solidarité active (5°), les allocations chômage (6°) et l'allocation pour demandeur d'asile (7°).

Les dépenses de prestations atteindront un montant de 237,5 milliards d'euros en 2019<sup>1</sup> alors que sans la mesure il se serait élevé à 239,5 milliards d'euros<sup>2</sup>. La progression des dépenses de prestations entre 2018 et 2019 sera donc ramenée de 3,1 % à 2,2 % ; soit à un rythme inférieur qu'entre 2017 et 2018 (2,6 %).

D'après la commission des comptes de la sécurité sociale, la revalorisation des pensions (sur la base d'1,5 point) aurait été en 2019 le principal facteur contributif à l'évolution des droits propres (droits directs, c'est-à-dire sans les droits de réversion), qui augmentent en moyenne à un rythme plus soutenu que la moyenne de l'ensemble des droits.

Contribution des différents facteurs à l'évolution des droits propres avant la mesure de sous-revalorisation des pensions



Source : DSS, commission des comptes de la sécurité sociale p.83.

L'effet de la mesure de sous-revalorisation est donc puissant sur l'équilibre financier des retraites. **Cet effet sera également durable comme le montre l'impact financier pour les années 2020 à 2022.** La progression des économies repose sur l'effet de base qui se cumule d'une année sur l'autre.

Les retraités seront donc une nouvelle fois mis à contribution, en 2019 et 2020, pour équilibrer la trajectoire financière de l'assurance vieillesse. **Un an après la hausse de la CSG non compensée (voir II), le Gouvernement confirme sa volonté de faire peser la charge d'ajustement sur les seuls retraités actuels.**

<sup>1</sup> Pour un montant de dépenses des régimes de base d'assurance vieillesse de 241,2 milliards d'euros, la différence s'expliquant principalement par les dépenses de gestion de la branche (voir le commentaire de l'article 56).

<sup>2</sup> D'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2018, ne prenant pas en compte les mesures nouvelles du PLFSS.

### 3. Vers un retour à l'équilibre du FSV en 2022 ?

S'agissant du FSV, le PLFSS pour 2019 ne diffère pas de la perspective tracée par les LFSS pour 2017 et 2018 d'une résorption de son déficit qui interviendrait toutefois à un rythme plus soutenu pour atteindre l'équilibre en 2022.

Son déficit atteindrait 1,8 milliard d'euros<sup>1</sup> en 2019, 743 millions d'euros en 2020 et 300 millions d'euros en 2021. En 2022, le FSV pourrait même afficher un léger excédent de 144 millions d'euros.

- Les **recettes** du FSV sont encore une fois affectées par l'article modifiant les transferts financiers entre les branches d'une part, et l'État et la sécurité sociale d'autre part (**article 19**). Le Fonds perd 0,7 point de CSG sur les revenus du capital mais se voit affecter 1,72 point de CSG à taux réduit sur les revenus de remplacement (dont les retraites !). Ce mouvement financier de 5 milliards d'euros est neutre pour l'équilibre du FSV.

- Côté **dépenses**, la poursuite du désengagement du FSV dans le financement du minimum contributif permet de diminuer ses charges de près de 800 millions d'euros. La baisse attendue du chômage en 2019 (- 1,5 % au sens du FSV) permettrait de freiner la dépense liée à la prise en charge des périodes de chômage. Ces dernières demeurent toutefois tirées, en 2019 et sur le reste de la période, par le coût forfaitaire versé au FSV pour chaque chômeur aux régimes de base qui est indexé sur le SMIC (qui pourrait être revalorisé à 2,5 % en 2019 et à 2,5 % en 2020)<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> D'après les dernières estimations fournies par le FSV, après le dépôt du PLFSS sur le bureau de l'Assemblée nationale, ce déficit serait plutôt de l'ordre de 2 milliards d'euros en 2019.

<sup>2</sup> Sur le mécanisme de calcul du financement forfaitaire des périodes d'inactivité par le FSV aux régimes de base, voir le rapport du Sénat sur l'avenir du FSV, pp. 34 et suivantes, *op. cit.*

## II. LA SOUS-REVALORISATION DES PENSIONS INTERROGE LE RESPECT DES TROIS OBJECTIFS FIXÉS PAR LA LOI AU SYSTÈME DE RETRAITE

La loi du 20 janvier 2014<sup>1</sup> garantissant l'avenir et la justice du système de retraite réorganise les objectifs fixés par la loi au système de retraite autour de trois axes : garantir un niveau de vie satisfaisant aux retraités ; garantir l'équité ; garantir la pérennité financière du système.

**La sous-revalorisation des pensions, sans remettre en cause à ce stade l'atteinte de ces objectifs, les interroge fortement et confirme la volonté du Gouvernement de concentrer l'effort de redressement financier du système de retraite sur les retraités actuels.**

### A. LA SOUS-REVALORISATION DES PENSIONS MENACE-T-ELLE L'OBJECTIF D'ASSURER UN NIVEAU DE VIE SATISFAISANT AUX RETRAITÉS ?

#### 1. Une conséquence sur le revenu disponible des retraités...

La proposition du Gouvernement de sous-revaloriser les prestations de retraite s'inscrit dans un ensemble de mesures, prises depuis le début du quinquennat, affectant le revenu disponible des retraités.

Parmi les mesures ayant un impact **négatif**, on peut citer également : l'augmentation non compensée de 1,7 point du taux « normal » de CSG<sup>2</sup> sur les pensions de retraite, le report du 1<sup>er</sup> octobre 2018 au 1<sup>er</sup> janvier 2019 de la date de revalorisation des pensions, entraînant une absence de revalorisation au titre de l'année 2018 (LFSS pour 2018) et la sous-revalorisation des aides au logement concernées également par l'article 44 du PLFSS pour 2019.

D'autres mesures ont ou vont au contraire **augmenter** le revenu disponible de certains retraités : la revalorisation du minimum vieillesse<sup>3</sup>, l'atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les prestations de retraite (**article 11** du PLFSS)<sup>4</sup> pour 300 000 foyers de retraités et l'exonération progressive de la taxe d'habitation pour 80 % des ménages.

<sup>1</sup> Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite.

<sup>2</sup> Passé de 6,6 % à 8,3 % pour les foyers ayant des revenus fiscaux de référence supérieurs à certains seuils en fonction de la composition du foyer (14 404 euros/an pour une personne seule). Un taux réduit de CSG a été maintenu à 3,8 % pour les foyers ayant des revenus en dessous de ces seuils mais au-dessus des seuils d'exonération totale de la CSG (en dessous de 11 018 euros/an pour une personne seule).

<sup>3</sup> Il passera de 803 euros/mois pour une personne seule en 2018 à 903 euros en 2020 : + 30 euros depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018, puis 35 euros en janvier 2019 et en janvier 2020.

<sup>4</sup> Certains foyers de retraités effectuent des « allers-retours » fréquents entre le taux réduit (3,8 %) et le taux normal de CSG (8,3 %) en raison de revenus fluctuants. Le franchissement des seuils d'assujettissement au taux normal entraîne donc désormais, avec la hausse de 1,7 point de la CSG, des hausses importantes de prélèvements. Afin d'éviter que certains retraités ne soient assujettis au taux normal pour des hausses de revenus parfois limitées, l'article 11 du PLFSS propose de n'appliquer le taux normal de CSG que lorsque les revenus de référence des assurés excèdent le seuil défini au titre de deux années consécutives.

À ces dispositions, s'ajoutent des mesures d'allègement de la fiscalité sur le patrimoine (mise en place du prélèvement forfaitaire unique et transformation de l'impôt sur la fortune en impôt sur la fortune immobilière) qui concernent relativement plus les retraités. Ils bénéficient en effet d'un patrimoine en moyenne plus élevé par rapport au reste de la population.

**Au total, l'évaluation de l'impact consolidé de ces mesures est difficile à réaliser et est très dépendante de la situation patrimoniale du foyer du retraité.**

Deux centres de recherche économique ont toutefois publié cet automne une évaluation des effets de la politique fiscale et sociale menée par le Gouvernement sur les retraités.

L'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE, Sciences Po) a réalisé un calcul<sup>1</sup> **n'intégrant pas les effets des évolutions de la fiscalité du patrimoine.**

À compter de 2019, plus de 70 % des ménages comptant au moins un retraité subiront une diminution relative de leur revenu disponible par rapport à leur situation en 2017 (ils ne sont que 62 % en 2018 avant la mesure de sous-revalorisation et seront 79 % en 2020). L'analyse de la balance des gains et pertes subies par les ménages considérés comme perdants montre le poids de la sous-revalorisation des pensions dans la perte relative de revenu disponible.

### Analyse des pertes de revenu disponible subies en 2020 par les ménages « perdants » des réformes du Gouvernement depuis 2018

**Tableau 2. Impact détaillé des mesures en 2020 pour les ménages comptant au moins une personne retraitée**

	Proportion (en %)	Effets moyens des mesures en 2020 (en euros)					Gain / Perte moyen(ne) en euros
		Taxe d'habitation	Revalorisation de l'ASPA	Sous indexation des pensions de retraite	Sous indexation des allocations logement	Bascule Cotisations / CSG	
<b>Ménages perdants à la mise en place des mesures retenues</b>	79 %	+570 €	0	-720 €	-70 €	-480 €	<b>-700 €</b>
<b>Ménages gagnants à la mise en place des mesures retenues</b>	21 %	+750 €	+290 €	-340 €	-80 €	+70 €	<b>+700 €</b>
<b>Total</b>	100 %	+610 €	+60 €	-640 €	-70 €	-360 €	<b>-400 €</b>

*Champ* : France métropolitaine, ménages ordinaires, ménages dont le revenu est positif ou nul et dont la personne de référence ou son conjoint est retraité.

*Lecture* : En 2020, 79 % des ménages comptant au moins une personne retraitée seraient « perdants » à la mise en place des mesures étudiées. Sur une perte globale moyenne de l'ordre de 700 euro par an, 360 euros leur seraient amputés du fait de la bascule CSG/Cotisation et 720 euros de la sous indexation des pensions. *A contrario*, ces ménages devraient voir leur revenu disponible s'accroître de 570 euros sous l'effet de l'exonération de la taxe d'habitation.

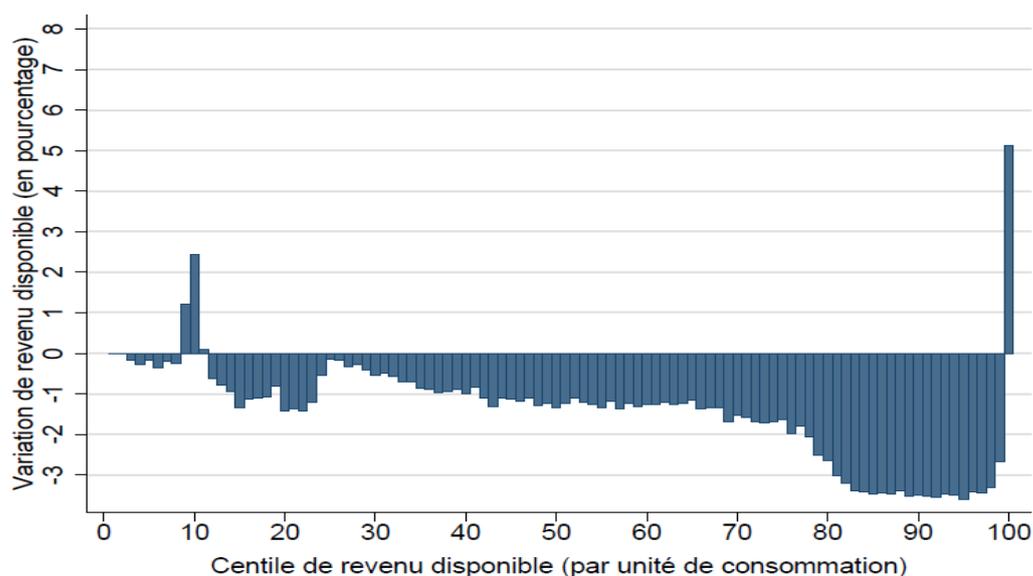
*Sources* : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2008 et 2014 (actualisée 2016) ; Cnaf-Drees-Insee, modèles Ines 2008 et 2016, calculs OFCE.

*Source* : OFCE, septembre 2018

<sup>1</sup> Pouvoir d'achat : les retraités maltraités ?, Pierre Madec  
<https://www.ofce.sciences-po.fr/blog/pouvoir-dachat-retraites-maltraites/>

Les résultats de l'OFCE sont corroborés par l'enquête de l'Institut des politiques publiques<sup>1</sup>, qui elle intègre les effets de la réforme sur la fiscalité du patrimoine. Elle présente les gagnants et les perdants au sein de la population des retraités classée selon leurs revenus.

**Gains et pertes de revenu disponible pour les retraités**  
(pondéré en fonction du poids des ménages retraités dans le centile)



Source : IPP, octobre 2018

Les résultats sont donc sans appel. À l'exception du « 1% » des retraités les plus riches, qui bénéficient pleinement du prélèvement forfaitaire unique et de la réduction de l'impôt sur la fortune, et des retraités percevant le minimum vieillesse<sup>2</sup>, l'immense majorité des retraités vont perdre entre 1 et 3 % de leur revenu disponible en 2019.

**2. ... mais qui ne devrait pas remettre en cause leur niveau de vie relatif... à court terme**

Le niveau de vie moyen des retraités en France s'établit en 2015 à 105,6 % de celui de l'ensemble de la population, alors que la pension nette moyenne des retraités s'élève à 65,3 % du revenu d'activité moyen pour l'année 2016<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Budget 2019 : Impact sur les ménages, M. Ben Jelloul, A. Bozio, T. Douenne, B. Fabre et C. Leroy, 11 octobre 2018. <https://www.ipp.eu/actualites/11-oct-evaluation-du-budget-2019/>

<sup>2</sup> L'existence d'une population de retraités plus pauvre que la population au minimum vieillesse et pâtissant également des réformes du Gouvernement peut s'expliquer par deux facteurs : d'une part, le minimum vieillesse n'est versé qu'à partir de 65 ans ; d'autre part, le recours à ce minimum social n'est pas systématique en raison de sa récupération sur succession. Certains retraités – c'est particulièrement le cas parmi les exploitants agricoles ou certains travailleurs indépendants – préfèrent donc ne pas le solliciter.

<sup>3</sup> Conseil d'orientation des retraites, rapport de juin 2018. Chiffres cités dans le cinquième avis du Comité de suivi des retraites rendu le 13 juillet 2018.

Les retraités disposent en effet d'autres sources de revenus que leur pension leur permettant de maintenir leur niveau de vie à la retraite : des revenus du patrimoine, des transferts sociaux et des dispositifs fiscaux spécifiques augmentent également leur revenu disponible.

**L'indicateur de niveau de vie des retraités**, qui est en France le plus élevé parmi les pays de l'OCDE, **ne tient pas compte de la propriété du logement. Or les retraités sont en moyenne plus propriétaires de leur résidence principale que les jeunes actifs.** Ce facteur est à prendre en compte dans la comparaison entre retraités et actifs.

De plus, la pauvreté est en moyenne moins répandue chez les retraités (6,8 % de pauvres) que dans le reste de la population (14 %).

Dans son rapport de juin 2018, le Conseil d'orientation des retraites **revoit toutefois à la baisse l'indicateur du niveau de vie des retraités pour l'année 2019 en intégrant les mesures prises depuis le début du quinquennat** : il s'établirait à 103,2 % au lieu de 107,7 % tel qu'il était estimé dans le rapport de l'année dernière.

Malgré cette évolution, **le Comité de suivi des retraites estime cette année encore que le système de retraite garantit un niveau de vie satisfaisant aux retraités et qu'il est même capable d'atténuer, au moment de la retraite, les écarts de revenus constatés au cours de la carrière.**

Cette question sera sans doute amenée à être réévaluée à moyen terme, tant au regard des mesures prises par le Gouvernement que de l'évolution projetée du niveau des pensions et de vie relatifs des retraités (voir graphiques ci-après).

### Évolution de la pension nette relative et du niveau de vie relatif des retraités

Figure 2.25a - Pension nette moyenne de l'ensemble des retraités rapportée au revenu d'activité net moyen

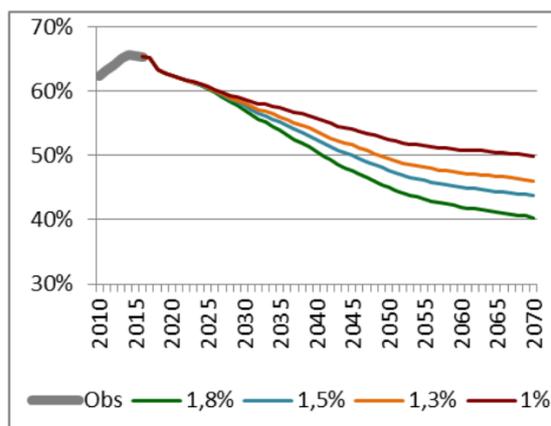
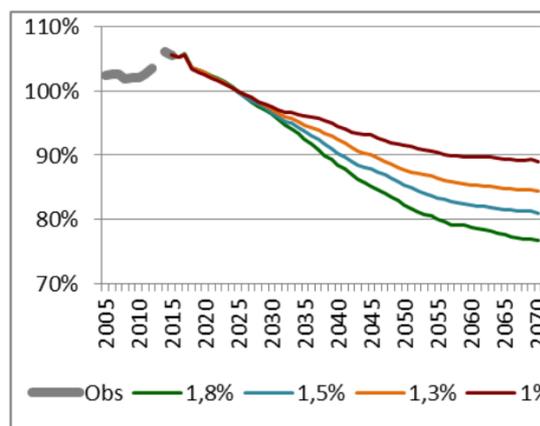


Figure 2.25b - Niveau de vie des retraités rapporté à celui de l'ensemble de la population



Source : rapport annuel du Cor, juin 2018, p 89.

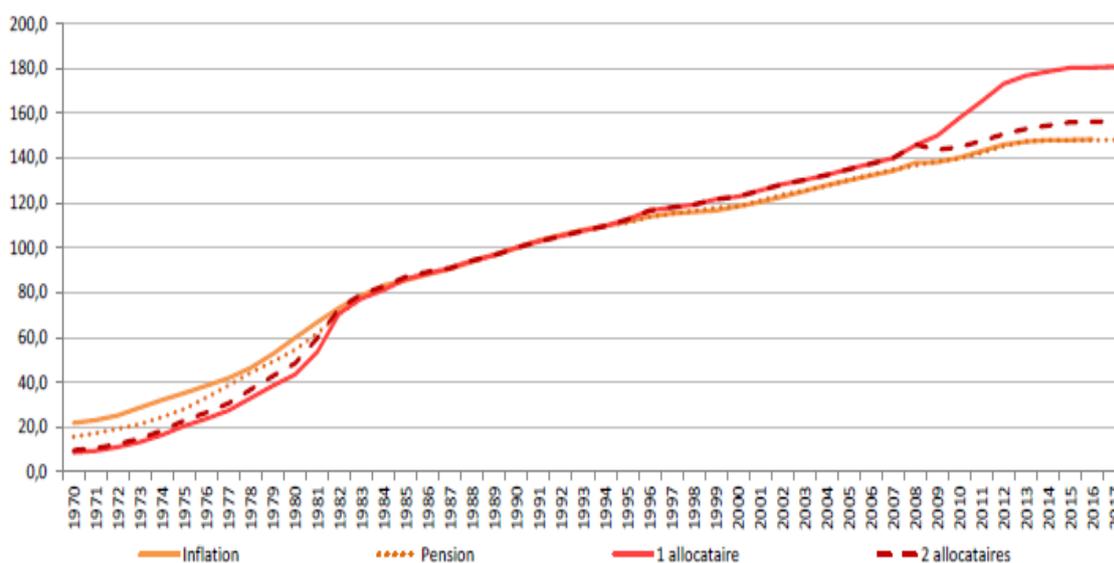
Dans le système actuel de retraite, il est déjà prévu une dégradation du niveau de vie relatif des retraités à partir des années 2020 qui s'explique par l'arrivée des générations *post baby-boom* à la retraite ayant connu des carrières plus hachées.

## B. LA SOUS-REVALORISATION DES PENSIONS MENACE-T-ELLE L'OBJECTIF D'ÉQUITÉ EN RÉDUISANT L'ÉCART ENTRE LE MINIMUM VIEILLESSE ET LE MONTANT D'UNE PENSION OBTENUE APRÈS UNE CARRIÈRE AU SMIC ?

### 1. Une revalorisation du minimum vieillesse beaucoup plus dynamique que celle des pensions depuis la fin des années 2000...

Comme le montre le graphique ci-après, le minimum vieillesse et les pensions ont connu depuis les années 1970 des revalorisations globalement alignées jusqu'à la crise économique de 2008<sup>1</sup>.

Évolution comparée du minimum vieillesse des pensions de retraite (régime général) et de l'indice de prix



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2017

Une **revalorisation significative du minimum vieillesse** pour les allocataires seuls est intervenue entre 2009 et 2012, creusant des écarts de revalorisation avec les pensions de retraite dans les proportions suivantes :

	Avril 2009	Avril 2010	Avril 2011	Avril 2012
Minimum vieillesse – 1 allocataire	6,9 %	4,7 %	4,7 %	4,7 %
Minimum vieillesse – 2 allocataires	1,0 %	0,9 %	2,1 %	2,1 %
Pensions	1,0 %	0,9 %	2,1 %	2,1 %

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2017.

<sup>1</sup> À l'exception de trois « coups de pouce » en janvier 1996 (2,1 % pour le minimum vieillesse au lieu de 2 % pour les pensions), en janvier 1999 (2 % au lieu de 1,2 %) et janvier 2000 (1 % au lieu de 0,5 %).

Ainsi entre 1990 et 2017, le minimum vieillesse pour une personne seule a augmenté à un rythme deux fois plus élevé (+ 80 %) que les pensions de retraite indexées sur l'inflation (+ 45 à 50 %).

Avec les revalorisations supplémentaires du minimum vieillesse décidées dans la LFSS pour 2018 et la sous-revalorisation proposée dans le PLFSS pour 2019, ce décrochage va donc s'accroître sur la période 2018-2020 au rythme suivant :

	Janvier 2018	Janvier 2019	Janvier 2020
Minimum vieillesse – 1 allocataire	3,8 %	4,2 %	4 %
Minimum vieillesse – 2 allocataires	3,7 %	4,2 %	4 %
Pensions	0 %	0,3%	0,3 %

*Source : Commission des affaires sociales.*

Dans son dernier rapport, le Cor constate même que « *les évolutions du minimum vieillesse montrent que celui-ci a évolué plus rapidement que le salaire moyen par tête<sup>1</sup> et ce particulièrement à la fin des années 1970 et pendant les années 2000* ».

## 2. ... qui interroge l'écart avec la pension servie après une carrière au SMIC

La loi du 21 août 2003 avait défini comme objectif conventionnel, pour un salarié ayant cotisé au SMIC toute sa vie, un taux de remplacement (base et complémentaire) pour sa pension de 85 % du SMIC net.

Comme l'indique le dernier rapport du Cor, « *les coups de pouce portés à la partie majorée du minimum contributif au cours de la deuxième partie des années 2000 conduisent à un taux de remplacement net à la liquidation assez proche de 85 % pour les générations de la fin des années 1940 et du début des années 1950. Toutefois, il ne s'élève plus qu'à 81,6 % pour un retraité né en 1955 et assujéti au taux réduit de CSG* ». **Ce taux de remplacement correspondrait en 2018 à une retraite d'environ 970 euros nets par mois.**

Dans l'hypothèse où le minimum vieillesse continuerait à croître en suivant le rythme du salaire moyen par tête et les minima de pensions le feraient au rythme de l'inflation, le Cor évalue que **le système de retraite ne serait plus capable de servir une pension contributive supérieure au minimum vieillesse pour les générations nées à partir du milieu des années 1960** (c'est-à-dire qui partiront à la retraite à partir de 2030).

<sup>1</sup> Souligné par votre rapporteur. On rappellera que la réforme des retraites de 1993 avait justement désindexé les pensions par rapport aux salaires pour les faire suivre l'inflation.

Le Comité de suivi des retraites a repris cette analyse dans son avis rendu en juillet dernier et constate, « *compte-tenu des efforts réguliers de revalorisation du minimum vieillesse (en raison notamment des très faibles retraites perçues par les générations les plus anciennes) (...), celui-ci se rapproche du minimum de pension et pourrait le dépasser, en fonction des critères d'indexation choisis* ».

Dès lors, la politique menée en matière de retraite par le Gouvernement depuis un an accentue la réduction de cet écart à la fois par la hausse du minimum vieillesse et la très faible revalorisation des pensions.

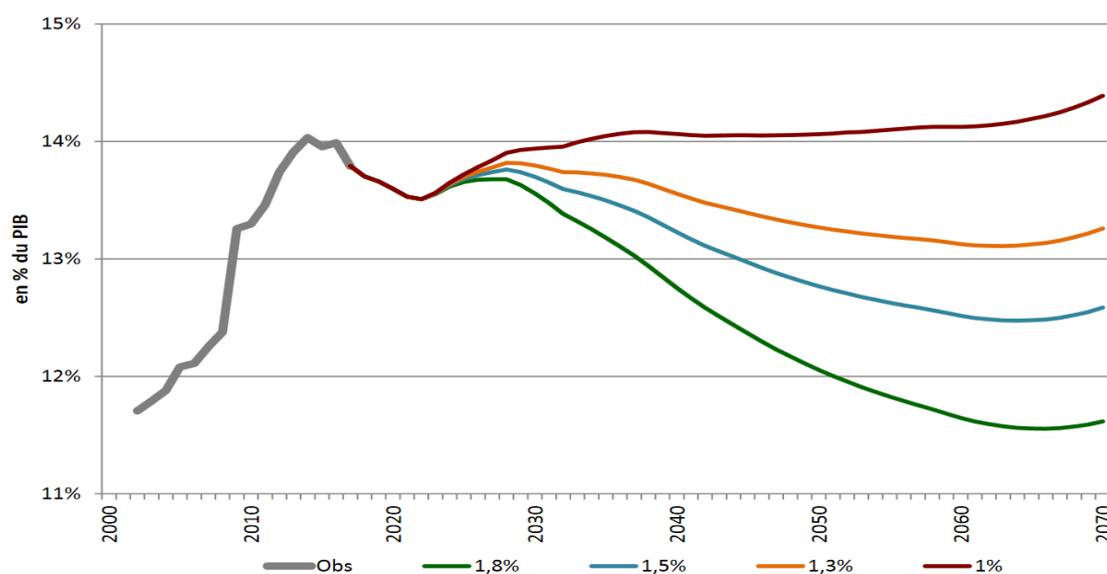
### C. AU REGARD DE L'OBJECTIF DE PÉRENNITÉ FINANCIÈRE DU SYSTÈME, LA SOUS-REVALORISATION AUGURE-T-ELLE LA VOLONTÉ DU GOUVERNEMENT D'AGIR EXCLUSIVEMENT SUR LE LEVIER DES PENSIONS POUR ÉQUILIBRER LES RETRAITES DANS LE CADRE DE LA RÉFORME À VENIR ?

#### 1. Des dépenses de retraite stabilisées mais un déficit du système qui demeure au moins jusqu'en 2045

Le dernier rapport du Cor actualise les projections de long terme des dépenses du système de retraite<sup>1</sup> et de son équilibre financier.

L'ensemble des réformes des retraites menées depuis 1993 ont réussi à **maîtriser l'évolution des dépenses de retraite** quel que soit le scénario retenu de productivité du travail (*voir graphique ci-après*).

#### Évolution des dépenses du système de retraite à l'horizon 2070



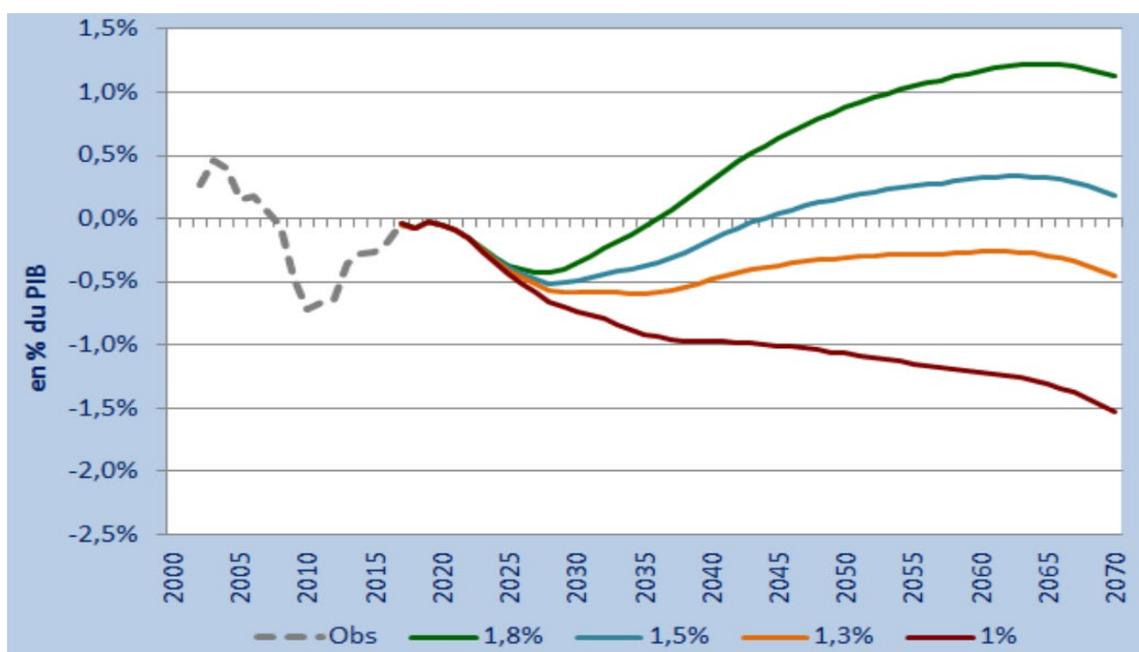
Source : rapport annuel du Cor, juin 2018, p. 56

<sup>1</sup> Le système de retraite recouvre non seulement les dépenses de l'ensemble des régimes de base de retraite figurant dans les LFSS mais également celles des régimes complémentaires.

La part des dépenses de retraite dans le PIB baisserait jusque dans le milieu des années 2020, passant de 13,8 % du PIB en 2017 à 13,5 % en 2022. À l'horizon 2070, la part des dépenses dans le PIB resterait inférieure à celle de 2017 dans les trois scénarios les plus favorables d'évolution de la productivité.

La baisse à court terme de la part des dépenses de retraite dans le PIB n'entraîne toutefois pas d'amélioration du solde financier qui se dégraderait jusqu'à la fin des années 2020 quel que soit le scénario de productivité (voir graphique ci-après).

#### Évolution du solde du système de retraite à l'horizon 2070



Source : Rapport annuel du Cor, juin 2018, p. 65

Cette dégradation résulte d'une diminution des ressources qui interviendrait dans les prochaines années. Comme l'explique l'avis du Comité de suivi des retraites de juillet 2018, « cette diminution des ressources résulterait principalement de la baisse rapide et significative du poids, dans la masse totale des rémunérations, des régimes pour lesquels les taux de cotisation sont les plus élevés, en particulier pour le budget de l'État et des collectivités »<sup>1</sup>.

**Le déficit projeté du système serait de 0,2 % du PIB en 2022** (soit environ 4,3 milliards d'euros<sup>2</sup>) et se creuserait tout au long de la décennie 2020 quel que soit le scénario de productivité. Sur le plus long terme (2030-2070), il connaîtrait des déficits durables en dessous d'un taux de croissance de la productivité de 1,5 % et s'éloignerait de son objectif de pérennité financière.

<sup>1</sup> En raison de la faible évolution du point d'indice et de la limitation des recrutements de fonctionnaires depuis plusieurs années. Le CSR précise d'ailleurs que « le bilan est au total bénéficiaire pour le budget de l'État et des collectivités, qui financent ces cotisations, mais apparaît comme un besoin de financement pour le système de retraite ».

<sup>2</sup> Sur la base du PIB pour 2017 : 2 163 milliards d'euros. Cette évaluation ne tient pas compte de la mesure de sous-revalorisation qui économiserait près de 4 milliards d'euros en 2022.

En conséquence, le CSR renouvelle cette année sa recommandation selon laquelle « *la trajectoire financière, marquée par une dégradation des soldes entre les années 2020 et 2030, devra faire l'objet d'une attention particulière* ».

Le choix du Gouvernement de revaloriser faiblement les pensions de base intervient dans ce contexte.

## 2. La baisse des pensions : un levier peu fréquemment utilisé depuis le début des années 1990

Deux types de mesures ont contribué, depuis le début des années 1990, à diminuer le niveau des pensions :

- *la création de la CSG en 1991* : frappant tous les types de revenus (activité, capital, remplacement et jeux) pour financer la protection sociale, elle diminue les montants nets des pensions servies par le système de retraite. Les augmentations successives du taux sur les revenus de remplacement (1,1 % en 1991 ; 2,4 % en 1993 ; 3,4 % en 1997 et création d'un taux réduit à 1 %, 6,2 % pour le taux normal et 3,8 % pour le taux réduit en 1998, 6,6 % en 2013 et 8,3 % depuis 2018) ont constitué des baisses de pension<sup>1</sup> ;

- *la sous-revalorisation des pensions par rapport à l'inflation* entraînant une perte de pouvoir d'achat n'est intervenue qu'une seule fois pour les régimes de base<sup>2</sup> avec le gel des pensions en 2014 (inflation de 0,4 %).

La réforme de 1993 avait modifié l'index de revalorisation des pensions en passant des salaires au prix, ce qui diminuait la hausse des pensions mais **maintenait le pouvoir d'achat des retraités**.

Dès lors, les décisions du Gouvernement en matière de retraite depuis un an ne sont pas inédites mais leur accumulation (hausse de la CSG, absence de revalorisation en 2018, sous-revalorisation en 2019 et 2020) interroge sur sa politique pour ramener l'équilibre du système de retraite à court terme.

Dans la perspective de la réforme systémique en cours de préparation, votre rapporteur s'interroge : **le Gouvernement entend-il uniquement agir sur le levier de la baisse des pensions ? Le refus d'ouvrir clairement le débat du recul de l'âge minimum légal dans le cadre de la réforme des retraites aura-t-il pour conséquence de privilégier des départs plus jeunes mais à des niveaux de pension faibles ?**

Ces questions posées au Haut-commissaire chargé de la réforme des retraites, lors de son audition le 24 octobre dernier devant votre commission<sup>3</sup>, sont à ce jour restées sans réponse.

---

<sup>1</sup> La CSG a progressivement remplacé la cotisation d'assurance maladie de base qui a été prélevée sur les retraites entre 1982 et 1998. De plus, les retraités sont assujettis à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) au taux de 0,5 % depuis 1996 et à la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (Casa) au taux de 0,3 % depuis 2013.

<sup>2</sup> Les régimes complémentaires Agirc-Arrco ont pratiqué une sous-indexation des pensions d'un point en dessous de l'inflation entre 2013 et 2018.

<sup>3</sup> Voir le compte-rendu annexé au présent rapport.



---

## SIXIÈME PARTIE BRANCHE FAMILLE

---

### I. UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE FAMILLE AVEC DES EXCÉDENTS MOINS IMPORTANTS QUE PRÉVUS POUR 2018

#### A. LA BRANCHE DEMEURE EN DÉFICIT EN 2017 BIEN QUE CELUI-CI SOIT EN NETTE RÉSORPTION

##### 1. Une décennie de déficits progressivement résorbés

La branche a connu d'importants déficits depuis 2008 en raison d'une conjoncture économique défavorable liée à la crise économique. Son solde a ainsi atteint **- 3,2 milliards d'euros en 2013** puis les déficits se sont progressivement réduits.

La réduction progressive des déficits de la branche s'explique d'abord par **l'amélioration de la conjoncture économique**. Elle est également due aux **mesures d'économies successives** intervenues dans le champ de la branche famille, dont la principale fut la modulation du montant des allocations familiales en fonction du revenu des ménages, instaurée par la LFSS pour 2015<sup>1</sup>.

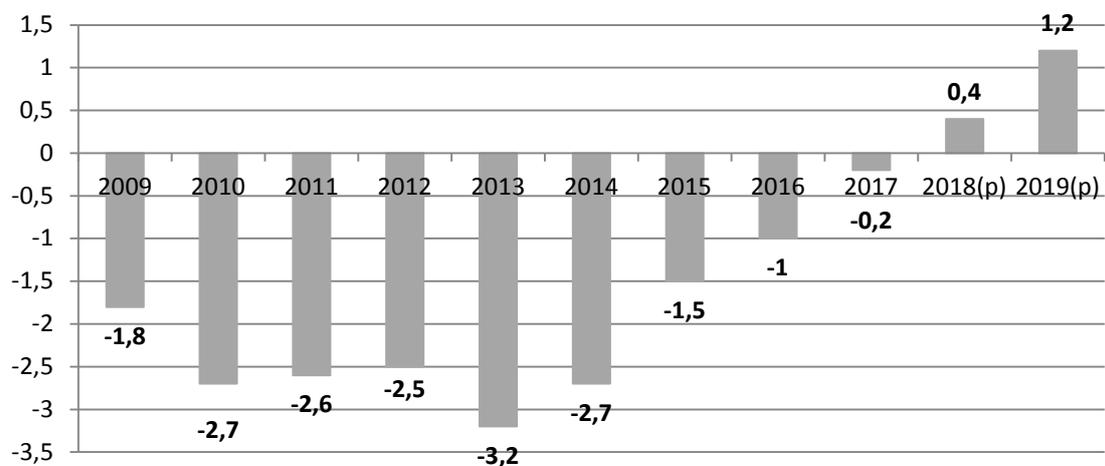
Ainsi, comme le soulignait votre rapporteure lors de l'examen du PLFSS pour 2018, **l'effet cumulé des mesures d'économies pour la branche famille a représenté 1,48 milliard d'euros sur la période 2012-2017**.

Enfin, la branche a connu d'importantes **mesures de périmètre** ces dernières années. Dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité, les cotisations familiales ont été réduites sur les salaires inférieurs à 3,5 Smic entre 2015 et 2016. En compensation, les aides au logement financées par la branche ont été transférées sur le budget de l'État. Il en a résulté **un effet net de plus de 500 millions d'euros pour la branche en 2017**.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015

## Soldes de la branche famille 2009-2019 (en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales.

## 2. Contrairement aux prévisions, l'exercice 2017 demeure déficitaire

Les **recettes** de la branche famille ont atteint **49,8 milliards d'euros en 2017**. Elles étaient composées de cotisations sociales (30,2 milliards d'euros), d'une part du produit de la CSG (10,1 milliards d'euros) et de celui de plusieurs impôts, taxes et autres contributions sociales (7,7 milliards d'euros), les principaux étant la taxe sur les salaires pour 5,4 milliards d'euros et la taxe spéciale sur les contrats d'assurance et les primes d'assurance automobile pour 1 milliard d'euros.

Les **dépenses** se sont établies à **50 milliards d'euros**. Elles n'ont progressé que de 0,7 % par rapport à 2016, principalement en raison d'une **baisse des prestations légales** (- 0,2 %).

Cette réduction des prestations légales est due à la **réduction du nombre de naissances** : en 2017, le nombre de naissances a baissé de 2,1 % par rapport à 2016, passant de 784 000 à 767 000<sup>1</sup>. En outre, le **faible recours au congé parental** se poursuit depuis la mise en place à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2015 de la prestation partagée d'éducation de l'enfant<sup>2</sup> (Prepree), en raison notamment de l'obligation du partage du congé parental entre conjoints. Les dépenses associées à la Prepree fléchissent de 22,2 % entre 2016 et 2017.

La hausse des dépenses est donc principalement due à **l'augmentation des prestations extralégales** (+ 6,3%). Financées par le Fonds national d'action sociale (Fnas) de la Cnaf, et principalement destinées au financement de structures d'accueil du jeune enfant, elles se sont élevées à 5,4 milliards d'euros en 2017.

<sup>1</sup> PLFSS 2019, programme de qualité et d'efficience « Famille ».

<sup>2</sup> Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes

Alors qu'un solde positif de la branche famille était prévu dès 2017, l'exercice s'est achevé avec un déficit de 0,2 milliard d'euros, toutefois en nette diminution par rapport à l'exercice 2016, marqué par un déficit de 1 milliard d'euros.

En recettes, l'écart entre la prévision émise en LFSS pour 2018 et l'exécution s'explique par **un produit moins élevé des cotisations sociales (- 0,2 milliard d'euros)**.

En dépenses, cet écart s'explique par **une augmentation de l'ensemble des postes de charges (+ 0,4 milliard d'euros)** : prestations légales (+ 0,1 milliard d'euros), prestations extralégales (+ 0,1 milliard d'euros), transferts vers d'autres branches (+ 0,1 milliard d'euros) et charges de gestion courante (+ 0,1 milliard d'euros).

#### Évolution des prévisions et exécution des dépenses et des recettes de la branche famille pour 2017

(en milliards d'euros)

	Dépenses	Recettes	Solde
PLFSS 2017	49,9	49,9	0
CCSS septembre 2017	49,6	50,1	0,5
PLFSS 2018	49,6	49,9	0,3
<b>PLFSS 2019 (exécution)</b>	<b>50</b>	<b>49,8</b>	<b>- 0,2</b>

#### **B. L'EXERCICE 2018 DEVRAIT MARQUER LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE FAMILLE**

##### **1. Des recettes en augmentation**

En 2018, les **recettes** de la branche devraient s'élever à **50,5 milliards d'euros**, soit une augmentation de 1,4 % par rapport à l'exécution pour 2017.

Cette augmentation serait principalement due au **dynamisme des impôts et taxes affectés qui augmenteraient de 18,2 % entre 2017 et 2018** pour atteindre 9,1 milliards d'euros. En particulier, le produit de la taxe sur les salaires affecté à la branche famille atteindrait 7 milliards d'euros en 2018, selon les prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Les recettes sont composées de **cotisations sociales** (29,6 milliards d'euros), d'une part de la **CSG** (10,5 milliards d'euros) et **d'impôts, taxes et autres contributions sociales** (9,5 milliards d'euros).

**Recettes de la branche famille en 2017 et 2018***(en milliards d'euros)*

	<b>2017</b>	<b>2018(p)</b>
Cotisations sociales brutes	30,2	29,6
Cotisations prises en charge par l'État nettes	0,9	0,8
CSG	10,2	10,5
Impôts et taxes	7,7	9,1
Charges liées au non recouvrement	- 0,3	- 0,5
Transferts et autres produits	1,1	1,0
<b>Total</b>	<b>49,8</b>	<b>50,5</b>

Sources : CCSS, septembre 2018 pour l'exercice 2017 et PLFSS 2019, annexe 4 pour les prévisions 2018

**2. Des dépenses relativement stables**

Les **dépenses** devraient atteindre **50,1 milliards d'euros** pour 2018.

Elles sont composées de prestations légales (31,4 milliards d'euros), de prestations extra-légales (5,5 milliards d'euros), de transferts vers les autres branches (10,2 milliards d'euros) et de charges de gestion (3 milliards d'euros).

Alors que **les prestations extralégales resteraient relativement stables** (+ 0,9 %), **les prestations légales augmenteraient de nouveau en 2018** (+ 0,4 %) après une baisse en 2017 (- 0,2 %). Cette augmentation serait principalement due à la progression des prestations d'entretien<sup>1</sup> (+ 2,2 %). En effet, des revalorisations exceptionnelles du montant de l'allocation de soutien familial et de la majoration du complément familial sont intervenues au 1<sup>er</sup> avril 2018, pour la cinquième année consécutive. À l'inverse, les prestations d'accueil du jeune enfant (Paje) seraient en diminution de 0,3 %, en raison des mesures d'économies engagées par la LFSS pour 2018 qui a harmonisé le barème et le plafonds de ressources de l'allocation de base, de la prime à la naissance et de la prime à l'adoption sur ceux du complément familial<sup>2</sup>.

Ainsi, pour 2018, les allocations en faveur de la famille représenteraient 18,8 milliards d'euros et celles pour la garde d'enfants 11,3 milliards d'euros.

<sup>1</sup> Allocations familiales, complément familial et allocation de soutien familial.

<sup>2</sup> Article 37 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

### 3. Un excédent moins important que prévu

En 2018, la branche famille devrait renouer avec un excédent toutefois moins important que prévu. Le solde de la branche atteindrait **0,4 milliard d'euros** pour 2018, alors que la LFSS pour 2018 prévoyait un excédent de 1,3 milliard d'euros.

En recettes, l'écart entre la prévision émise en LFSS pour 2018 et celle émise dans le PLFSS 2019 serait principalement dû à la **non compensation par l'État du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires**.

L'écart en dépenses s'explique principalement par la **hausse des prestations légales** (+ 0,2 milliard d'euros) et des **charges de gestion courante** (+ 0,1 milliard d'euros).

#### Évolution des prévisions des dépenses et des recettes de la branche famille pour 2018

(en milliards d'euros)

	Dépenses	Recettes	Solde
PLFSS 2018	49,7	51	1,3
CCSS septembre 2018	50,1	50,8	0,7
PLFSS 2019	50,1	50,5	0,4

## II. LA BRANCHE FAMILLE CONNAÎTRAIT UN IMPORTANT EXCÉDENT EN 2019, AU PRIX D'UNE FAIBLE REVALORISATION DES PRESTATIONS

### A. LE PLFSS PRÉVOIT UN EXCÉDENT À 1,2 MILLIARD D'EUROS POUR 2019 SUIVI D'UN STRICT ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE JUSQU'EN 2022

#### 1. L'exercice 2019 serait marqué par un excédent significatif

##### a) Le solde tendanciel atteindrait 1,7 milliard d'euros en 2019

La Commission des comptes de la sécurité sociale prévoit un solde hors mesures nouvelles à **1,7 milliard d'euros pour 2019**.

Le niveau de **dépenses** hors mesures nouvelles s'élèverait à **50,6 milliards d'euros**. Les prestations légales augmenteraient de 0,7 % en retenant l'hypothèse de leur revalorisation à 1,5 %, indexée sur l'inflation. Cette croissance serait toutefois limitée par l'harmonisation des montants et plafonds de l'allocation de base de la Paje et de la prime à la naissance intervenues en LFSS pour 2018.

La progression tendancielle des **recettes** leur permettraient d'atteindre **52,3 milliards d'euros**. Cette augmentation des recettes serait due à la dynamique du produit des cotisations sociales (+ 3,9 %) en raison d'une progression significative de la masse salariale (+ 3,5 %). Toutefois, le produit des impôts et taxes affectés à la branche diminuerait modérément (- 0,2 %) même si celui de la CSG progresserait de 2,8 %.

##### b) L'effet du PLFSS 2019 conduit à prévoir un solde à 1,2 milliard d'euros

Les **recettes** de la branche seraient en légère augmentation par rapport à 2018, pour atteindre **51,5 milliards d'euros** en 2019.

Les **dépenses** de la branche devraient être relativement stables : pour **2019**, l'article 57 du PLFSS fixe l'objectif de dépenses de la branche famille à **50,3 milliards d'euros**.

Le PLFSS prévoit ainsi **un excédent de 1,2 milliard d'euros pour la branche en 2019**.

#### Évolution des prévisions des dépenses et des recettes de la branche famille pour 2019

(en milliards d'euros)

	Dépenses	Recettes	Solde
LFSS 2018	50,1	52,5	2,4
CCSS septembre 2018	50,6	52,3	1,7
<b>PLFSS 2019</b>	<b>50,3</b>	<b>51,5</b>	<b>1,2</b>

Par rapport aux prévisions hors mesures nouvelles, l'écart en **recettes** s'explique principalement par le **transfert d'une partie des recettes de la taxe sur les salaires à la branche vieillesse** (1,9 milliard d'euros) qui serait partiellement compensé par une réaffectation de CSG pour 1,3 milliard d'euros.

En **dépenses**, la principale mesure prévue par le PLFSS concernant la branche famille vise à **sous-revaloriser les prestations familiales à 0,3 % pour 2019 et 2020**. L'impact de cette mesure permettra de réaliser une économie de 260 millions d'euros pour 2019.

### Impact des mesures prévues par le PLFSS sur le solde de la branche famille pour 2019

(en milliards d'euros)

<b>Solde tendanciel de la branche famille (CCSS)</b>	<b>1,7</b>
Renforcement des allègements généraux	0,3
Modifications des dispositifs d'exonérations ciblées	-0,3
Compensation de la suppression du CICE pour les régimes spéciaux	-0,1
<b>Sous revalorisation des prestations à 0,3%</b>	<b>0,3</b>
Réaffectation de la taxe sur les salaires	-1,9
Réaffectation de CSG pour compensation de pertes de recettes	1,3
<b>Total mesures</b>	<b>-0,4</b>
<b>Solde PLFSS 2019</b>	<b>1,3</b>

Source : PLFSS 2019, annexe 4, page 36

## 2. Les perspectives pluriannuelles affichent un strict équilibre de la branche à horizon 2022

Le PLFSS pour 2019 prévoit, après un excédent en 2019, le maintien à l'équilibre des comptes de la branche jusqu'en 2022 en tenant compte des transferts à l'État et ceux liés au désendettement.

### Perspectives pluriannuelles des comptes de la branche famille

(en milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Recettes</b>	50,5	51,5	50,4	50,9	51,9
<b>Dépenses</b>	50,1	50,3	50,5	51	51,9
<b>Solde</b>	<b>0,4</b>	<b>1,2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Source: PLFSS 2019, annexe B

L'annexe B du PLFSS pour 2018 formulait des prévisions d'excédents importants pour la branche famille, dont le résultat devait atteindre 5 milliards d'euros pour 2021. La somme des résultats de la branche entre 2015 et 2021 devait ainsi contribuer à hauteur de 10,1 milliards d'euros à la résorption de la dette des régimes portée par l'Acoss.

La révision des prévisions de solde dans l'annexe B du PLFSS 2019, avec un maintien à l'équilibre de la branche pour les années 2020 à 2022, sous-tend ainsi une réaffectation des recettes de la branche à la résorption de la dette portée par la CADES ainsi qu'à celle portée en trésorerie par l'Acoss, à hauteur des capacités contributives de la branche pour son maintien à l'équilibre.

### Soldes prévisionnels de la branche famille pour les années 2018 à 2022

(en milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022
Annexe B du PLFSS 2018	1,3	2,4	3,6	5,0	-
Annexe B du PLFSS 2019	0,4	1,2	0,0	0,0	0,0

## **B. MALGRÉ UNE PRÉVISION D'EXCÉDENT SIGNIFICATIF, LES MESURES CONCERNANT LA FAMILLE POUR 2019 SONT MODESTES ET MARQUÉES PAR UNE SOUS-REVALORISATION DES PRESTATIONS FAMILIALES**

### **1. La sous-revalorisation des prestations familiales à 0,3 %**

#### *a) Une baisse des prestations familiales en euros constants...*

Le PLFSS 2019 prévoit, à l'article 44, que les montants et les plafonds des prestations sociales relevant de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale seront **revalorisés de 0,3 % par an pour les années 2019 et 2020**. Ce dispositif déroge ainsi à la règle selon laquelle les prestations sont revalorisées annuellement au niveau de l'inflation constatée sur l'année précédente. Si cette mesure de sous-revalorisation exceptionnelle exclut de son champ un certain nombre d'allocations, **toutes les prestations familiales seront concernées**.

En effet, les montants des prestations familiales sont déterminés en fonction de la **base mensuelle des allocations familiales (BMAF)**<sup>1</sup>. La revalorisation annuelle du montant de la BMAF, effectuée chaque 1<sup>er</sup> avril, est calculée conformément à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

<sup>1</sup> Article L. 551-1 du code de la sécurité sociale.

Cet article prévoit que la revalorisation des prestations est effectuée sur la base d'un coefficient égal à l'inflation moyenne sur les douze derniers mois. Ce coefficient est au minimum égal à 1, pour éviter une diminution des prestations en cas d'inflation négative. Conformément à ces dispositions, **la BMAF a été revalorisée de 1 % au 1<sup>er</sup> avril 2018**, passant de 407,84 euros à 411,92 euros.

La BMAF ne serait donc revalorisée que de 0,3 % en 2019 puis en 2020. Par conséquent, **une revalorisation de 0,3 % des prestations familiales pour 2019 et 2020 constituera une perte de pouvoir d'achat pour les allocataires**, compte tenu des prévisions d'inflation pour 2018, 2019 et 2020.

#### Prévisions d'inflation retenues par le PLFSS pour 2019

2018	2019	2020
1,6 %	1,3 %	1,4 %

Source : Annexe B du PLFSS pour 2019

b) ... alors qu'un renforcement du soutien aux familles pourrait être engagé

Votre rapporteure ne peut que regretter ce choix de sous revalorisation des prestations familiales qui **revient à baisser leur montant**, compte tenu des prévisions d'inflation. Elle affectera en premier lieu les familles modestes qui bénéficient des prestations familiales sous condition de ressources, telle que l'allocation de rentrée scolaire, et les familles nombreuses.

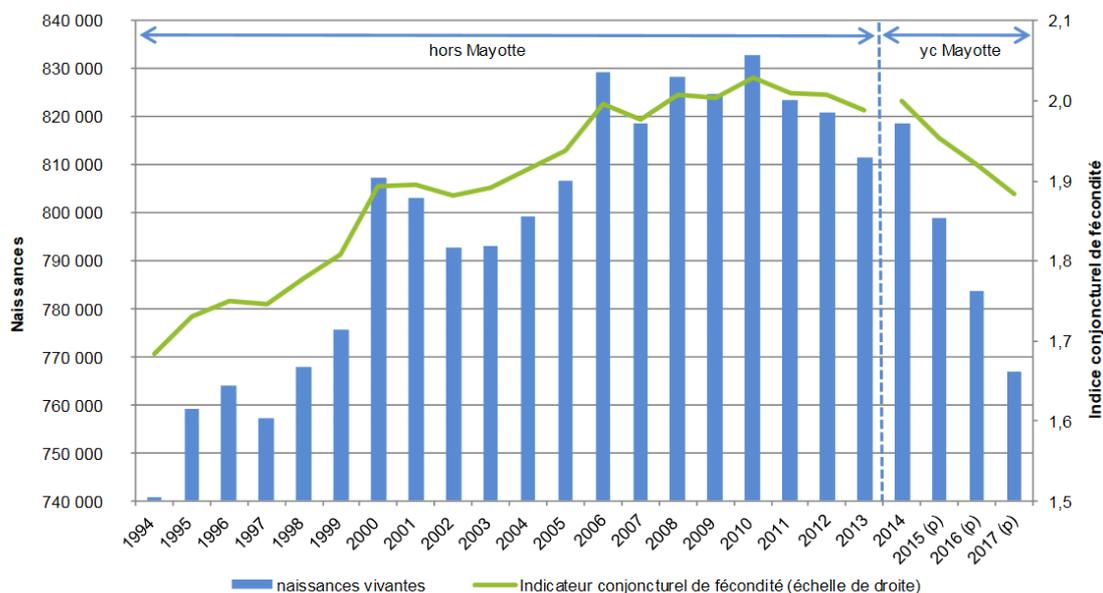
Tout d'abord, il convient de souligner que **l'équilibre financier de la branche pourrait être atteint sans procéder à cette sous-revalorisation**. En effet, la Commission des comptes de la sécurité sociale a prévu un solde tendanciel à 1,7 milliard d'euros pour 2019 sur la base d'une revalorisation des prestations familiales à 1,5 % au 1<sup>er</sup> avril 2019.

Par ailleurs, la maîtrise des dépenses visant à soutenir les familles n'apparaît pas souhaitable dans un **contexte de baisse de la natalité**, creusant l'écart entre le nombre d'enfants désiré et le nombre de naissances constaté.

En effet, le nombre de naissances diminue depuis 2011. Il s'est réduit de 2,1 % entre 2016 et 2017 pour s'établir à 767 000 naissances l'an dernier. L'indice de fécondité, lui-même en diminution, explique cette tendance, et s'établit à 1,88 pour 2017. Il reste bien supérieur à la moyenne de l'Union européenne qui s'élève à 1,60. Toutefois, il est en-deçà du nombre idéal d'enfants souhaité en France, qui s'établit à 2,39<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Unaf, chiffres clés de la famille, 2018.

### Évolution du nombre de naissance et de l'indicateur conjoncturel de fécondité en France



(p) : provisoires à fin 2017, pour les naissances 2017 et ICF de 2015 à 2017

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Champ : France entière (hors Mayotte pour les naissances vivantes avant 2014 et y compris Mayotte à partir de 2014).

Source : PLFSS 2019, PQE « Famille »

Si un certain nombre de facteurs expliquent la **baisse de l'indice conjoncturel de fécondité**, parmi lesquels figurent l'accès au logement et la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, la faible revalorisation des prestations familiales ne favorisera pas, en tout état de cause, la situation de réduction du nombre de naissances.

Enfin, il ne faut pas négliger le **rôle redistributif des prestations familiales**, qui permettent d'atténuer la pauvreté des familles. Ainsi, les prestations familiales réduisent en moyenne le taux de pauvreté des enfants de 33 % à 24 %, toutes configurations familiales confondues<sup>1</sup>.

## 2. Les autres mesures, concentrées sur le soutien à la garde d'enfants, auront un impact limité

Les mesures du PLFSS 2019 concernant la branche famille sont principalement destinées à **soutenir les modes individuels de garde d'enfants**.

D'une part, **l'article 45** prévoit la **majoration du montant maximum du complément de libre choix du mode de garde (CMG)** pour les familles bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (Aeeh).

<sup>1</sup> PLFSS 2019, PQE « Famille ».

Un montant majoré de CMG peut déjà être attribué lorsque le couple a des horaires de travail spécifique ou lorsqu'un des parents bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés. Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018, les familles monoparentales peuvent également bénéficier d'un CMG majoré à 30 %.

Si votre rapporteure accueille favorablement la mesure proposée, il convient de souligner que ce dispositif aura un impact limité, compte tenu du faible nombre d'allocataires de l'Aeeh au titre d'un enfant handicapé de moins de six ans, âge limite pour bénéficier du CMG<sup>1</sup>.

D'autre part, **l'article 46** prévoit que **le CMG pourra être versé à taux plein aux familles dont l'enfant a atteint l'âge de trois ans** entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 août de l'année et n'a pas pu être inscrit à l'école maternelle. Cette mesure accompagnera ainsi l'abaissement de l'âge de l'instruction obligatoire à trois ans qui interviendra à la rentrée scolaire 2019 ainsi que l'a annoncé, en septembre dernier, le Président de la République dans le cadre du « plan pauvreté ». Alors que le montant du CMG est réduit de moitié lorsque l'enfant atteint l'âge de trois ans, et ce jusqu'à ses six ans, cette mesure évitera de créer une hausse soudaine de charge pour les familles recourant aux modes individuels de garde et bénéficiant du CMG, durant les quelques mois précédant l'entrée à l'école maternelle de leur enfant ayant dépassé l'âge de trois ans.

Enfin, il est proposé de poursuivre la simplification des circuits de paiement du CMG afin que les familles n'avancent pas de frais jusqu'à la perception du montant de CMG auquel elles ont droit. Dans le prolongement de la mise en place d'un circuit en tiers payant pour le CMG dit « emploi direct<sup>2</sup> » par les LFSS pour 2017 et 2018, l'actuel PLFSS étend **la possibilité de recourir au tiers payant pour le CMG dit « structure<sup>3</sup> »**.

À côté de ces mesures concentrées sur le complément de mode de garde, **la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'État et la Cnaf pour les années 2018 à 2022 fixe l'objectif de création de 30 000 places de crèches supplémentaires**, ce qui a été rappelé par le Gouvernement lors des annonces du « plan pauvreté ».

Cet objectif reste relativement modeste et reprend le nombre de créations de places réalisées sur la période de la précédente COG. En effet la COG pour les années 2013-2017 avait fixé l'objectif d'ouvrir 100 000 places de crèches supplémentaires. Or, seules 32 000 places nettes ont été créées, comme l'a rappelé la présidente de la Cnaf auditionnée par votre commission.

---

<sup>1</sup> Voir le commentaire de l'article 45.

<sup>2</sup> Le CMG « emploi direct » est attribué au foyer qui emploie directement une assistante maternelle agréée ou un employé à domicile pour garder son enfant.

<sup>3</sup> Le CMG « structure » est destiné à soutenir les familles qui recourent, pour la garde de leur enfant, à une association ou à une entreprise habilitée employant des assistants maternels ou des employés à domicile ou à une micro-crèche.

Principalement financée par le Fonds national d'action sociale (Fnas) de la Cnaf, l'ouverture de nouvelles places en établissements d'accueil du jeune enfant sera contrainte par une **progression du Fnas limitée à 2 % par an pour la période 2018-2022**, alors que la COG 2013-2017 avait prévu une augmentation du Fnas à 7,5 %, qui a finalement progressé de 4,3 % sur la période précédente.

Il convient de souligner que la **capacité théorique des modes de garde formels** est en constante augmentation depuis 2010. Elle était de 50,6 % en 2010 et a atteint 58,1 % en 2016. Ainsi, 1,4 million de places d'accueil étaient disponibles en 2016 alors que le nombre d'enfants de moins de trois ans a atteint 2,3 millions au 1<sup>er</sup> janvier 2017, selon l'Insee. Cette moyenne cache toutefois de fortes disparités territoriales puisque la capacité d'accueil varie de 10 % en Guyane à 93 % en Haute-Loire en passant par 31 % en Seine-Saint-Denis et 69 % à Paris<sup>1</sup>. Afin de réduire ces inégalités territoriales, la COG 2018-2022 prévoit l'attribution d'un **bonus territorial** de 1 000 euros pour toute place de crèche créée dans un quartier prioritaire de la politique de la ville.

**La demande de garde formelle du jeune enfant devrait en outre continuer d'augmenter**, notamment en raison de la hausse du taux d'emploi des femmes de 20 à 64 ans, qui est passé de 60,3 % en 2010 à 66,7 % en 2017. L'objectif fixé par la France dans le cadre de la stratégie d'emploi européenne « UE 2020 » est d'atteindre un taux d'emploi des femmes à 70 % en 2020. Selon l'Union nationale des associations familiales (Unaf), 230 000 places supplémentaires d'accueil du jeune enfant devraient être créées pour que les besoins actuels soient satisfaits<sup>2</sup>.

La progression du nombre de places d'accueil du jeune enfant doit donc constituer un objectif prioritaire de la politique familiale selon votre rapporteure, pour développer et diversifier les modes de gardes offerts aux familles et réduire les disparités sur le territoire.

### **3. Les chantiers de « contemporanéisation » des prestations seront à réaliser dans un contexte contraint pour les caisses d'allocations familiales**

La sécurisation croissante des données sociales et la réforme du prélèvement de l'impôt à la source devraient permettre de **calculer progressivement les prestations sociales sur la base des revenus contemporains des allocataires**.

Ce chantier de « contemporanéisation » des bases ressources sera initié en 2019 avec **la réforme des aides au logement**. Elle permettra de mieux ajuster les prestations versées à la situation des bénéficiaires et de réaliser des économies estimées à 0,9 milliard d'euros pour le budget de l'État.

---

<sup>1</sup> PLFSS 2019, PQE « Famille ».

<sup>2</sup> Unaf, chiffres clés de la famille, 2018.

Cette réforme devrait ainsi **s'étendre dans les années à venir aux autres prestations sociales, notamment celles de la branche famille.**

Elle répond à des objectifs de **réduction des indus de prestations et de lutte contre le non recours aux droits** pour lesquels notre collègue députée Christine Cloarec Le Nabour et Julien Damon ont formulé des recommandations dans leur rapport sur *La juste prestation*, remis au Premier ministre en septembre 2018. À titre d'exemple, la branche famille verse indument 3 milliards d'euros de prestations en moyenne par an. Ce sont ainsi **4 % des dépenses de la branche qui sont versées de façon indue.**

Auditionnés par votre rapporteure, les auteurs de ce rapport ont indiqué la nécessité d'accompagner ces réformes de modernisation de la délivrance des prestations par des **mesures d'accompagnement social**, en désignant notamment un référent social sur le modèle du médecin traitant. Les personnes éligibles doivent en effet être accompagnées vers les prestations sociales, dans l'accomplissement de leurs démarches, mais aussi vers la sortie du bénéfice de certains minima sociaux, ce qui revient bien souvent à les accompagner vers l'emploi.

Ces chantiers de contemporanéisation des bases ressources nécessitent d'importants développements informatiques pour les caisses d'allocations familiales, qui déploieront la réforme des aides au logement en 2019 et bénéficieront notamment des données issues d'une nouvelle déclaration sociale nominative complémentaire pour les revenus de remplacement<sup>1</sup>.

La transition vers le nouveau modèle de calcul de ces prestations nécessitera en outre un **accompagnement des bénéficiaires** pour qu'ils se familiarisent aux nouveaux dispositifs. Or, cette réforme sera à réaliser **dans un contexte contraint pour les caisses d'allocations familiales.** En effet, la COG 2018-2022 prévoit la suppression de 2 100 emplois sur les 33 000 que comptent les CAF. Leurs frais de gestion devront être réduits de 5 % par an, alors que les charges de gestion courante de la branche ont augmenté de 2,8 % en 2017 et 0,3 % en 2018.

Par conséquent, votre rapporteure restera attentive au bon déploiement de cette réforme qui conditionnera son extension aux autres prestations, notamment à celles de la branche famille.

Par ailleurs, la modernisation de la délivrance des prestations sociales, qui devrait notamment s'engager au travers d'une **fusion de certaines allocations** au profit d'un « revenu universel d'activité », ne saurait s'effectuer sans prendre en compte la spécificité de certaines prestations. À cet égard, les prestations familiales, en particulier celles qui ne sont pas soumises à condition de ressources, doivent, selon votre rapporteure, continuer de **soutenir l'ensemble des familles.** Elles répondent en effet au premier objectif assigné aux politiques familiales qui est de compenser financièrement les charges de famille<sup>2</sup>, selon une logique de solidarité horizontale.

---

<sup>1</sup> Voir le commentaire de l'article 50.

<sup>2</sup> PLFSS 2019, PQE « Famille ».



---

## TRAVAUX DE LA COMMISSION – AUDITIONS

---

**Mme Agnès Buzyn,**  
ministre des solidarités et de la santé,  
et **M. Gérard Darmanin,**  
ministre de l'action et des comptes publics

*Réunie le 10 octobre 2018, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé et M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics.*

*M. Alain Milon, président.* – Je suis heureux d'accueillir cet après-midi Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé et M. Gérard Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics pour la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2019, dévoilé ce matin en conseil des ministres. Nous avons la chance d'être informés avant l'Assemblée nationale ! Nous examinerons ce PLFSS en commission le 7 novembre et en séance publique à partir du lundi 12 novembre. Ce deuxième PLFSS de la législature s'inscrit dans la trajectoire des finances sociales définie par la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022, trajectoire sur laquelle nous en avons appris un peu plus cet été avec la transmission du rapport sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale.

Les recettes du PLFSS sont marquées par la transformation du CICE en allègement de cotisations, par des exonérations de cotisations salariales sur les heures supplémentaires et par un transfert à l'État des prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

En dépenses, il traduit notamment les premières mises en œuvre du plan santé mais aussi un gel de certaines prestations, ce qui assure le bouclage du texte, l'ensemble affichant un excédent inédit depuis 18 ans de 700 millions d'euros.

*Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé.* – Nous sommes très heureux de pouvoir vous présenter ce PLFSS pour 2019, le deuxième du quinquennat. Il reflète l'action du Gouvernement au cours de l'année écoulée et il s'inscrit dans une continuité évidente afin de libérer l'économie et d'améliorer le pouvoir d'achat.

*Concernant les politiques sociales et de santé que j'ai la charge de conduire, il concrétise les orientations que le Président de la République et le Gouvernement ont présentées au cours des derniers mois.*

*Pour la première fois depuis 18 ans, le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) seront à l'équilibre : c'est une très bonne nouvelle pour nos concitoyens et notamment pour les plus jeunes, car cela signifie que l'on cesse de creuser la dette et que l'on consolide notre système de sécurité sociale. La Cades reprendra, entre 2020 et 2022, 15 des 27 milliards de dette de la sécurité sociale, encore portée par l'Acoss.*

*La Haute Assemblée s'était interrogée sur la question de la dette lors des débats du PLFSS pour 2018 et, pour reprendre les mots de M. le rapporteur général, « la dette sociale est une anomalie qu'il convient de faire disparaître ». Le Gouvernement vous a entendu et nous souhaitons faire disparaître l'intégralité de la dette de la sécurité sociale en 2024.*

*Ce constat est le fondement même de la construction de ce PLFSS et nous permet de conduire les politiques sociales, d'être ambitieux et d'envisager la couverture de nouveaux risques.*

*Ce PLFSS porte une double ambition : investir pour réorganiser notre système de santé et protéger les plus fragiles.*

*Le Président de la République a présenté le 18 septembre un plan appelé « Ma santé 2022 » dont l'objectif premier est de mieux organiser et de mieux structurer les soins de proximité, qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers, en dépassant ce clivage qui n'est pas pertinent du point de vue des patients.*

*Nous voulons définir une stratégie claire pour mieux répondre aux attentes des patients sur l'ensemble du territoire. Ainsi, l'exercice en ville devra être regroupé, pluridisciplinaire et organisé à l'échelle d'un territoire pour mieux répondre aux besoins de soins non programmés. Nous voulons réinvestir dans les hôpitaux de proximité, afin qu'ils puissent collaborer avec les professionnels de santé libéraux pour mieux organiser les soins. Nous définirons des modèles de financement adaptés aux pathologies chroniques pour privilégier la prévention et faciliter la coordination des acteurs. Enfin, il faudra mettre en place des technologies numériques pour rendre les soins plus efficaces. Cette stratégie est très largement partagée par les acteurs du monde de la santé et, je crois, par votre commission. Cette action en profondeur devra être développée au cours des prochaines années mais elle a déjà commencé avec le PLFSS pour 2018.*

*Ce projet de loi de financement contient diverses dispositions relatives à la prévention, qui reste la pierre angulaire de notre politique de santé. Il comporte également plusieurs dispositifs pour diversifier les modalités de financement des soins, ce qui est l'un des leviers principaux d'action pour opérer la mutation du système de santé. Ainsi, la dotation allouée sur des critères de qualité va passer de 60 à 300 millions d'euros pour les établissements de santé. En outre, une rémunération forfaitaire de suivi de certaines maladies chroniques sera mise en place pour le diabète et l'insuffisance rénale chronique.*

---

Comme l'a annoncé le Président de la République, la priorité donnée à la transformation du système de santé se traduit par un effort financier significatif puisque, en 2019, l'Ondam sera fixé à 2,5 %, soit le taux le plus élevé depuis six ans. Cet effort exceptionnel permettra d'investir dans la transformation. Il sera donc dirigé vers les soins de proximité, la création de communautés professionnelles territoriales de santé, le recrutement d'assistants médicaux et l'augmentation du nombre de structures d'exercice regroupé. Cette augmentation permettra également de moderniser notre appareil de soins, ce qui concerne l'investissement dans les systèmes d'information en ambulatoire au sein des établissements. L'investissement hospitalier s'étant nettement réduit au cours des dernières années, nous risquions une dégradation des conditions d'accueil et de prise en charge. En 2019, une dotation supplémentaire de 200 millions sera allouée à l'aide aux projets d'investissements. D'ici quatre ans, 3,4 milliards d'euros seront consacrés à l'accompagnement du plan, dont un peu moins d'un milliard destiné à la restructuration et la modernisation du tissu hospitalier.

Le PLFSS accordera également une place importante au médicament. Suite à la réunion du comité stratégique des industries de santé qui s'est tenu début juillet, diverses dispositions vont faciliter l'accès à des traitements innovants. Cet objectif est partagé par votre commission. Je veux également poursuivre le développement des génériques. A efficacité thérapeutique égale, l'assurance maladie doit rembourser le médicament le moins onéreux. S'il n'y a pas de motif médical à la délivrance du princeps, et donc s'il n'y a pas la mention « non substituable » sur l'ordonnance, il n'y a aucune raison de faire supporter un surcoût à l'assurance maladie. Je propose donc que, dans ce cas, le princeps soit remboursé sur la base du générique.

Dans le même temps, nous voulons mieux protéger, ce qui signifie améliorer l'accès aux soins et répondre aux besoins des plus fragiles. À cet égard, le PLFSS comporte quatre dispositions principales.

D'abord, il donne l'assise légale au dispositif 100 % santé, qu'on a appelé lors de la présidentielle, « le reste à charge zéro ». Ce dispositif a fait l'objet d'un accord avec les professionnels des trois secteurs concernés : le dentaire, l'optique et l'auditif. Cette réforme ambitieuse va changer l'accès de nos concitoyens, notamment les plus âgés, aux équipements de santé indispensables. Pour les prothèses auditives, le reste à charge moyen s'élève à 850 euros par oreille. À compter de 2021, il sera possible d'accéder à une offre sans aucun reste à charge.

Deuxième disposition : la transformation de l'aide complémentaire santé (ACS) en une couverture maladie complémentaire contributive. Le taux de recours effectif à l'ACS ne dépasse en effet pas 35 %, près de 15 ans après sa création. Nous présentons donc un dispositif plus complet et plus favorable aux personnes pour lesquelles le coût des soins est le plus élevé, notamment les personnes âgées. Elles pourront ainsi, sous les mêmes conditions de ressources que pour la complémentaire santé, bénéficier d'une couverture pour moins d'un euro par jour.

Avec ces deux réformes, nous renforçons encore notre modèle social, à savoir le haut niveau de prise en charge collective des dépenses de santé, même si nous avons aujourd'hui le reste à charge le plus faible du monde.

*En troisième lieu, nous renforçons les moyens des Ehpad et la prise en charge des personnes en perte d'autonomie. Nous mettons ainsi en œuvre la feuille de route que j'ai présentée le 30 mai en accélérant la convergence tarifaire pour renforcer les moyens en soignants. Ainsi, 360 millions supplémentaires seront engagés sur la période 2019 – 2021, dont 125 millions dès 2019.*

*Cette feuille de route s'inscrit dans une perspective plus large : j'ai lancé le 1<sup>er</sup> octobre les travaux de la mission de concertation sur le grand âge et l'autonomie qui débouchera, courant 2019, sur un projet de loi, que M. le sénateur Bonne appelait de ses vœux dans son rapport l'an passé.*

*Dernier axe : le PLFSS met en œuvre les dispositions du quatrième plan autisme présenté début avril. La mise en place du forfait d'intervention précoce va permettre de combler une réelle carence dans la détection et l'intervention précoces auprès des enfants autistes, avant même qu'un diagnostic ferme soit posé.*

*Mieux protéger c'est aussi construire un système de retraite universel, équitable, et qui assurera aux Français la pérennité des pensions. Ce PLFSS ne comporte aucune disposition relative aux retraites puisqu'un projet de loi vous sera présenté en 2019. Les concertations du haut-commissaire, Jean-Paul Delevoye, se poursuivent. Nous avons réuni ce matin les partenaires sociaux, ce qui fut l'occasion de préciser les principes sur lesquels devra s'appuyer le système universel.*

*Mieux protéger, enfin, c'est aussi assumer de donner la priorité aux plus fragiles. Toutes les prestations évolueront en 2019 et en 2020 d'au moins 0,3 %, mais les minima sociaux suivront l'inflation et certains, comme le minimum vieillesse ou l'allocation pour adulte handicapé, bénéficieront de revalorisations exceptionnelles. Le minimum vieillesse aura été ainsi revalorisé de 100 euros au 1<sup>er</sup> janvier 2020, conformément aux engagements du Président de la République.*

*Aider les plus fragiles, c'est aussi le sens de la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté présentée le 13 septembre par le Président de la République, et qui donne la priorité aux enfants des familles les plus pauvres. Ainsi, 30 000 places de crèche seront prioritairement créées dans les territoires et pour les familles les plus vulnérables. Pour autant, nous demeurons attentifs aux besoins des familles. Nous allons ainsi aligner la durée du congé maternité des travailleuses indépendantes sur celle des salariées et nous allons améliorer la couverture maternité des agricultrices. Ces mesures d'équité respectent les spécificités d'exercice professionnel des futures mamans. De plus, nous allons majorer de 30 % le montant maximum versé aux parents pour la garde de leur enfant handicapé pour tenir compte des surcoûts de garde. Enfin, nous allons prolonger jusqu'à l'entrée effective à l'école des enfants de 3 ans l'aide à la garde à taux plein, alors qu'elle est aujourd'hui réduite de moitié dès le troisième anniversaire de l'enfant.*

*Tels sont donc les axes principaux de ce PLFSS. C'est un projet d'avenir, avec une sécurité sociale équilibrée, désendettée, qui investit dans son système de santé et qui protège mieux les plus fragiles.*

**M. Gérald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics.** – Tout d'abord, je voudrais insister sur la confirmation de la trajectoire de redressement des comptes publics, notamment les comptes sociaux. Le PLFSS s'inscrit dans les comptes de la Nation. Si l'État est responsable de 30 % des dépenses et les collectivités locales de près de 20 %, les dépenses du champ social sont donc responsables de 50 % des dépenses. À ce titre, le ministre des comptes publics ne peut se désintéresser du redressement des comptes sociaux. Ce PLFSS est donc un complément cohérent et utile aux documents budgétaires d'État que j'ai présentés devant la commission des finances il y a quelques jours, et qui est conforme à la loi de programmation des finances publiques que vous avez votée.

Nous voulons maîtriser les dépenses pour nous désendetter, pour encourager le travail et pour investir dans l'avenir. Nous vous devons quelques excuses pour le retard – modéré – dans la transmission du rapport État - sécurité sociale, sujet extrêmement complexe.

De même qu'il n'y a pas de cagnotte fiscale, il n'y a pas de cagnotte sociale, même si le trou de la sécurité sociale est comblé. Pour la première fois depuis 2001, nous enregistrons un excédent compris entre 700 et 800 millions. En revanche, nous n'avons pas résorbé notre dette sociale qui se monte à plus de 120 milliards. À la demande du Premier ministre, nous nous sommes engagés à la résorber à l'horizon 2024. Cela nous permettra de nous intéresser aux défis du futur, au vieillissement de la population, à la multiplication des maladies chroniques et à la dépendance.

Nous tenons également les dépenses de santé, et l'Ondam sera porté exceptionnellement à 2,5 %, soit 0,2 % supplémentaires par rapport à l'engagement du Président de la République, ce qui représente 400 millions pour l'investissement dans le cadre de la transformation du système de santé, notamment pour le plan hôpital. Si nous réalisons 5,7 milliards d'économies tout confondu sur le tendancier du PLFSS, cet Ondam et celui de l'an passé sont les plus élevés de ces dix dernières années. Nous réaliserons 1,8 milliard d'économies sur les 5,7 milliards annoncés en raison de la revalorisation modérée des prestations sociales, dont les retraites.

La dette sociale sera apurée en 2024 car les relations financières entre les deux sphères – État et sécurité sociale – seront transparentes. Si le déficit de l'État restera inférieur à 3 %, il augmentera facialement en raison des compensations, notamment du CICE. Nous considérons en effet que le champ social doit pouvoir garantir l'apurement de sa dette et se consacrer aux chantiers de demain.

J'en viens aux engagements pris en faveur du travail puisqu'il m'appartient de présenter le volet recettes de ce PLFSS. L'année dernière, nous avons posé la question de la suppression des cotisations. Nous allons passer d'un système assurantiel à un système universel. Pour 2019, nous présentons un projet de loi de financement qui prévoit, en année pleine, des cotisations en moins, soit 266 euros pour un salarié touchant un Smic brut. Ce sera moins visible pour les employés du public, même s'ils bénéficieront, grâce à la suppression des cotisations sur les heures supplémentaires, de 11 % de pouvoir d'achat en plus.

Ces deux mesures cumulées représentent largement plus que les mesures de la loi Tepsa de 2008, et bénéficieront en priorité aux employés et aux ouvriers.

*Je ne reviendrai pas sur les mesures qui relèvent du champ d'action de Mme Buzyn, à savoir la prime d'activité. Je rappelle simplement les allègements de charges et le CICE, avec le double compte pour les entreprises l'année prochaine. Jusqu'à présent, le monde associatif employeur ne percevait pas le CICE, alors qu'il va bénéficier de l'allègement des charges généralisé. De même, les agriculteurs qui ne touchaient pas le CICE vont bénéficier de ces allègements.*

*Beaucoup de questions m'ont été adressées sur la suppression du dispositif « travailleurs occasionnels - demandeurs d'emploi » (TO-DE). Le monde agricole gagnera plus de 60 millions avec l'allègement des cotisations, mais des filières pourraient rencontrer quelques difficultés. Le Premier ministre a reçu l'ensemble des organisations syndicales agricoles : il s'est engagé à examiner la question et à envisager une sortie en sifflet. Il a demandé à Mme Buzyn, à M. Travert et à moi-même de proposer en séance publique des aménagements pour des filières spécifiques qui ont besoin d'une main-d'œuvre importante, comme la viticulture, l'horticulture, les maraîchers, etc... Ces filières intéressent plus particulièrement le sud de la Loire, même si je suis attaché au nord de la Loire...*

**M. Alain Milon, président.** – *Je vous rappelle que je viens du sud...*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *Je vous remercie pour ces exposés à la fois synthétiques et complets. J'ai néanmoins quelques questions qui vous permettront de préciser votre pensée et surtout de répondre aux attentes de notre commission. Pourriez-vous détailler les baisses de recettes des différents organismes de sécurité sociale qui ne seront pas compensées en 2019 et au-delà ? En effet, le PLFSS apparaît peu clair sur cette question : rien n'est dit en particulier sur les exonérations de forfait social porté par la loi Pacte, dont le montant avoisine celui de l'excédent du régime général et du FSV, soit 600 millions. Devons-nous en déduire que le projet de loi étant naturellement sincère, cette diminution de recettes sera bien compensée ?*

*J'en viens aux rapports entre l'État et la sécurité sociale : vous n'attendez pas les excédents de la sécurité sociale pour opérer un transfert vers l'État, puisque le PLFSS et le PLF prévoient que les recettes de TVA affectées à la sécurité sociale diminueront de 1,5 milliard en 2020, de 3,5 milliards en 2021 et de 5 milliards à compter de 2022. Est-il raisonnable de prévoir d'ores et déjà une trajectoire aussi ambitieuse et lointaine, en raison des fortes incertitudes qui pèsent sur l'équilibre financier ? Je pense à la conjoncture, à la réforme des retraites, à la dépendance : tous ces sujets risquent de peser sur les comptes de la sécurité sociale, alors qu'il reste 8 à 13 milliards de dettes à court terme qui sont logés à l'Acoss.*

*L'affectation de la CSG et de la CRDS – qui portent sur les revenus patrimoniaux – au FSV et à la Cades ne créent-ils pas un risque au regard du droit communautaire ? Je pense en particulier à la jurisprudence de Ruyter.*

*Vous avez parlé de diversification de la tarification, notamment à l'hôpital, pour le soin des maladies chroniques comme le diabète et l'insuffisance rénale. Mais rien sur la psychiatrie, alors qu'un Français sur cinq souffre ou souffrira dans sa vie de dépression. Ne serait-il pas utile de prévoir un parcours de soins qui intègre tous les acteurs de la chaîne, à commencer par le médecin généraliste ? C'était une des préconisations d'un rapport du président Milon en 2012.*

*Quelles mesures de lutte contre les déserts médicaux le PLFSS contient-il ? Quel montant représentent-elles ?*

***M. Jean-Noël Cardoux, président de la Mecss.** – L'insistance paie : voilà trois ans que je rappelle qu'il est dangereux de maintenir à l'Acoss les déficits cumulés. Mon vœu est enfin – partiellement – exaucé, puisque vous en transférez une partie.*

*Ce matin, le Premier président de la Cour des comptes a évoqué 23 milliards d'euros de déficit résiduel, dont 15 milliards d'euros transférés et 8 milliards d'euros maintenus à l'Acoss. Et vous parlez de 27 milliards d'euros. Quel est le bon chiffre ?*

*Votre idée est de faire absorber les 15 milliards d'euros transférés par un prélèvement sur la CSG, pour que la Cades expire bien en 2024. Vous pensez que les 8 milliards d'euros restant pourront être absorbés par l'Acoss grâce aux excédents conjoncturels. N'est-ce pas risqué ? La baisse de la croissance et une conjoncture mondiale obscurcie par le protectionnisme et le Brexit pourraient condamner ces 8 milliards d'euros à demeurer à l'Acoss. N'aurait-il pas été plus raisonnable de transférer l'ensemble des 23 ou 28 milliards d'euros et de faire financer ce transfert par la CRDS, dont c'est justement l'objet ? Vous auriez pu diminuer d'autant la CSG, d'ailleurs. Il importe en tous cas de supprimer la CRDS en 2024 : ce sera un symbole fort.*

*On utilise beaucoup la CSG... Ne pourrait-on réfléchir à la modulation du taux de TVA sur certains produits d'importation, ou de haut de gamme ? En effet, la CSG est une taxe subie et imposée, alors que la TVA – si on élimine les biens de consommation courante – est une taxe choisie.*

***Mme Catherine Deroche, rapporteur (Assurance maladie).** – Certains articles posent assez peu de difficultés. C'est le cas de ceux relatifs à la qualité des établissements ou au financement forfaitaire. Certains concernent les déserts médicaux. L'article 33 porte sur le reste à charge zéro. Nous commençons à peine nos auditions... Notre avis est plutôt favorable sur l'extension de la CMUC, surtout pour des personnes dont les revenus étaient juste au-dessus du seuil. Sur les génériques, la mention manuscrite « non substituable » devra désormais reposer sur des critères médicaux objectifs. Comment fera le praticien, concrètement ?*

*Le ralentissement de l'activité des hôpitaux s'est révélé plus important qu'anticipé – ce qui a permis de compenser le dépassement de l'enveloppe de soins de ville. Dans un contexte de baisse des tarifs de séjour, cela va fragiliser la situation financière des établissements de santé : le déficit des hôpitaux publics a quasiment doublé ! Comment s'explique ce ralentissement de l'activité hospitalière ? On l'impute parfois à l'ambulatoire, mais la Cour des comptes estime que cela n'explique pas tout. Il y a aussi le vieillissement de la population, la chronicisation de certaines maladies...*

*Quelles mesures envisagez-vous pour réduire le déficit hospitalier et soutenir les établissements en difficulté ? La Cour préconise une réserve prudentielle sur les dépenses de soins de ville. Y avez-vous songé ?*

*L'article 42 porte sur la refonte importante du dispositif des autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Notre rapport avait souligné le besoin d'avoir des ATU qui s'appliquent aux extensions d'indication. Cet article est très complexe ! Il y a un encadrement financier des spécialités sous ATU. L'extension d'indication va-t-elle donner lieu à un relèvement des plafonds ? L'article parle aussi de nouvelles modalités quant à la fixation du prix des spécialités sous ATU, avec une compensation fixée par le ministre de la santé. S'il y a une différence de prix importante avec nos voisins européens, n'y aura-t-il pas danger pour l'accès des patients français à l'innovation ? Cette évolution avait-elle été actée par le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) de juillet dernier ?*

**Mme Élisabeth Doineau, rapporteur (Famille).** – *Le PLFSS pour 2019 prévoit une revalorisation des prestations familiales à hauteur de 0,3 % pour 2019 et pour 2020. Mais les prévisions d'inflation du Gouvernement pour ces années sont respectivement de 1,3 % et de 1,4 %. Cette moindre revalorisation des prestations ne défavorise-t-elle pas les familles bénéficiaires ? Alors que vous prévoyez un solde positif de 1,2 milliard d'euros en 2019 pour la branche famille, comment justifier ce décalage ?*

*La nouvelle convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnaf 2018-2022 fixe pour objectif d'ouvrir 30 000 nouvelles places de crèches et 1 000 relais assistantes maternelles. Cela a été rappelé par le Président de la République lors de la présentation du plan pauvreté il y a quelques semaines. Quels sont les moyens alloués ? Le Président a précisé que seuls 10 % des investissements seraient à la charge des collectivités. Mais c'est surtout le fonctionnement qui pose problème, car il coûte vraiment très cher.*

*Nous avons examiné ce matin une proposition de loi sur les aidants, à laquelle son auteur, Mme Guidez, tient beaucoup. Je vous sais très sensible à ce sujet, madame la ministre – vous menez actuellement une grande consultation sur la dépendance. La tentation du Gouvernement sera probablement de repousser cette proposition de loi. Pourtant, celle-ci concerne non seulement la dépendance mais aussi la santé publique : on sait combien d'aidants s'épuisent auprès des aidés. Ce serait l'occasion de suivre le travail du Sénat, notamment sur l'indemnisation du congé de proche aidant. Il faut appréhender cette proposition de loi comme une opportunité et ne pas y voir une contrariété.*

**M. René-Paul Savary, rapporteur (Assurance vieillesse).** – *Il n'y a presque rien sur les retraites dans ce PLFSS, dites-vous. Mais la trajectoire 2019-2022 prévoit la revalorisation des retraites à un taux de 0,3 %. C'est une vraie mesure d'économie structurelle ! Le niveau de vie des retraités sera accru par la diminution de la taxe d'habitation, mais affecté par les modifications des APL et de la CSG... Est-ce la comparaison avec les autres pays européens qui vous a inspirés ?*

*Vous avez confirmé ce matin que le taux de cotisation sera de 28 % pour les salariés et les fonctionnaires et de 14 % pour les indépendants. L'âge légal restera de 62 ans. Donc, pour l'équilibre des retraites, le seul paramètre sera le niveau des pensions. Assumez-vous sa diminution à venir ?*

*Pour la transition, vous avez parlé de 40 ans. Les deux systèmes vont-ils cohabiter ? Y aura-t-il une place pour le régime complémentaire ? Qu'advient-il des réserves des différents régimes ?*

*M. Gérard Dériot, rapporteur (Accidents du travail et maladies professionnelles). – La branche AT-MP est en excédent depuis quelques années. Toutefois, la sous-reconnaissance des maladies professionnelles continue de peser sur son équilibre puisqu'elle occasionne un transfert d'1 milliard d'euros à la branche maladie ainsi que l'imputation d'une dépense de 930 millions d'euros au compte spécial. Quelles mesures concrètes comptez-vous déployer pour renforcer la reconnaissance des maladies professionnelles et l'identification des entreprises responsables ? Envisagez-vous un système de bonifications pour les médecins qui détecteraient une maladie professionnelle, comme en Allemagne ?*

*La Cour des comptes, dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale, appelle à un renforcement de l'application de cotisations supplémentaires par les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) pour sanctionner les entreprises n'ayant pas pris les mesures de prévention nécessaires. Avez-vous prévu des objectifs précis sur ce point dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP pour la période 2018-2022 ? Il faut inciter les entreprises à mettre en œuvre des dispositifs de prévention.*

*La députée Charlotte Lecocq plaide pour un guichet unique de la prévention qui réunirait les services de santé au travail et les préventeurs des Carsat. Or, le vice-président de la commission nationale des AT-MP s'est récemment opposé au transfert de l'activité de prévention de la branche à un opérateur privé régional unique. Quelle est votre position sur ce sujet ?*

***M. Bernard Bonne, rapporteur (Médico-social).** – Le PLFSS ne comporte guère de mesures médico-sociales. Je me réjouis tout de même que l'Ondam augmente de 2,5 %, en regrettant que cette hausse se limite à 2 % pour le médico-social. Je me réjouis aussi que l'on puisse enfin débattre sur le règlement du problème de l'autonomie. Voilà des années qu'on cherche une solution ! Le PLFSS propose la convergence tarifaire au niveau des Ehpad. C'est une excellente solution : dommage qu'on ne l'étende pas aux GIR et aux départements. Avez-vous prévu une compensation pour les départements pour éviter les pertes de certains établissements publics ?*

*La baisse des cotisations dont bénéficieront les intervenants à domicile compensera largement le CICE, dites-vous. Or, ils bénéficient déjà d'une réduction et ne seront donc pas gagnants.*

*L'article 28 instaure pour les maladies chroniques un forfait, qui serait déterminé pour les médecins. Comment sera-t-il calculé ? Par qui ? Je vous félicite de prévoir enfin, à l'article 29, une activité médicale hors les murs de l'hôpital, qui permettra peut-être de combler en partie la désertification médicale.*

**M. Gérald Darmanin, ministre.** – M. le rapporteur général nous interroge sur les relations entre l'État et la sécurité sociale. Le Gouvernement a souhaité mettre un terme à une certaine hypocrisie, qui dure depuis la loi ayant instauré une compensation intégrale, puisqu'en réalité, tout n'est pas compensé. De plus, il y a peu de responsabilisation et beaucoup de tuyauterie ! Résultat : on a du mal à comprendre comment tout cela fonctionne : crédits budgétaires, transferts de recettes... En tous cas, en 2019, un total de 36 milliards d'euros seront transférés de l'État à la sécurité sociale. Cela représente un tiers du déficit de l'État ! Sur cette somme, 23 milliards d'euros concernent les allègements généraux. Par comparaison, les pertes de recettes non compensées ne représentent que 2 milliards d'euros. L'idée est que chacun soit responsable des allègements décidés.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Ce n'est pas la sécurité sociale qui le décide...

**M. Gérald Darmanin, ministre.** – Justement, si ! La sécurité sociale est l'affaire de tous. La dualité des textes financiers nous pousse à la schizophrénie...

**M. Alain Milon, président.** – Ce n'est pas le terme approprié !

**M. Gérald Darmanin, ministre.** – Ne seront pas compensés en 2019 : les 300 millions d'euros de CSG, pour les 300 000 retraités qui sortiront du dispositif ; les 600 millions d'euros du forfait social ; les 600 millions d'euros de la suppression de cotisations sociales sur les heures supplémentaires ; les 400 millions d'euros de compensation du CICE pour les régimes spéciaux. Total : 2 milliards d'euros, qui s'ajoutent aux 700 millions d'euros de l'an dernier de non-compensation du CITS.

Pour les retraités, il y a des plus et des moins. Les plus, c'est la taxe d'habitation.

Pour la taxe d'habitation, c'est l'État qui a compensé la baisse de recettes pour les collectivités territoriales.

La majorité sénatoriale a elle-même préconisé par la voix d'Alain Vasselle l'augmentation de la CSG mais, à l'époque, sans compensation. Nous, nous considérons qu'il ne faut pas créer d'impôt supplémentaire. Il n'y a d'ailleurs pas d'augmentation du taux général : les retraités bénéficiaient d'un taux réduit, que nous avons augmenté mais ils bénéficient toujours d'un taux réduit.

Sur la jurisprudence de Ruyter, les instances européennes n'ont pas remis en cause le prélèvement, mais son affectation. Nous avons commandé un rapport à Mme Genetet, députée des Français établis hors de France. Le Parlement adoptera sans doute une partie de ses propositions qui consisterait à regarder le sujet des non-résidents dans un cadre européen, qui sont affiliés à un autre régime de sécurité sociale.

La différence que vous avez évoquée entre les chiffres de 23 milliards d'euros et de 28 milliards d'euros de dette Acof reflète, je crois, une simple différence de champ.

Pour les particuliers-employeurs, nous déposerons un amendement proposant une compensation de 65 millions d'euros, avec un plafond de 1,2 Smic, soit la quasi-intégralité de leurs salaires.

---

*Il y a moins de questions cette année sur l'équilibre de nos comptes publics. Tant mieux ! Mais qu'auriez-vous fait ? J'ai entendu M. Woerth et M. Wauquiez hier.*

**M. René-Paul Savary.** – *Ils m'ont entendu !*

**M. Gérald Darmanin, ministre.** – *Nous avons fait le choix de la revalorisation modérée, à 0,3 %. Votre proposition aurait été de baisser de façon extrêmement importante toutes les prestations sociales, pour atteindre 75 % du Smic. Nous faisons l'inverse. Vous proposez aussi que des personnes cotisent pendant trois ans sans bénéficier de systèmes sociaux – et notamment les étrangers... Je suppose que le groupe LR déposera des amendements.*

*Pour moi, la TVA, même en excluant les produits de première nécessité, frappe proportionnellement plus les plus modestes.*

**M. Alain Milon, président.** – *Deux remarques. Si Éric Woerth et Laurent Wauquiez avaient été au Gouvernement, il me semble que vous auriez été avec nous... Le rapport que vous avez évoqué porte effectivement sur l'augmentation de la CSG mais dans l'optique du remboursement de la dette de la sécurité sociale.*

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – *Je serai moins percutante !*

*Toutes les mesures présentées dans le plan Santé sont d'ores et déjà intégrées : postes d'assistants salariés, assistants médicaux, financement des communautés professionnelles de territoires de santé, plateformes territoriales d'appui, sans oublier tout ce qui concerne les créations et le fonctionnement des maisons de santé pour les professionnels. Toutes ces mesures sont prévues dans les 125 millions d'euros destinés à améliorer l'accès aux soins. Nous y ajoutons 52 millions d'euros dédiés à l'amélioration des systèmes d'information à l'hôpital comme en ville, qui permettront de dégager du temps médical. De plus, 200 millions d'euros concernent directement les investissements hospitaliers en immobilier.*

*Nous commençons par diversifier uniquement la T2A hospitalière. En effet, cela implique d'importants efforts de modélisation. Progressivement, cette forfaitisation s'étendra au secteur libéral pour d'autres pathologies.*

*La psychiatrie fait partie du champ mais elle n'est pas financée par la T2A : heureusement qu'on ne gagne pas de l'argent en gardant les patients psychiatriques hospitalisés ! Mais la psychiatrie sera dans le champ de la réflexion générale autour de la forfaitisation des parcours.*

*Vous m'avez interrogé sur la réforme des ATU. Effectivement, l'article 42 est complexe. La régulation des extensions d'indication entre dans le cadre conventionnel. La réforme prévoit qu'une compensation, fixée par le ministre, soit accordée à l'entreprise qui souhaite disposer d'une ATU pour une extension d'indication. L'idée est d'éviter les difficultés actuellement observées, liées au fait que les industriels souhaitent que l'ATU sur l'extension d'indication bénéficie du prix pour lequel le médicament est déjà autorisé, et qui généralement est le prix très élevé d'entrée puisque, dans la stratégie des industriels, il y a souvent une première indication qui concerne des pathologies orphelines, comme le mélanome, et des extensions d'indication qui concernent des pathologies beaucoup plus fréquentes. Pour éviter d'être bloqué avec un prix très élevé d'entrée, il est prévu que le ministre fixe le prix de cet accès précoce en extension d'indication à partir des règles générales de fixation des prix. L'exposé des motifs de la mesure a été tout de même modifié pour tenir compte de remarques des industriels concernant les références existantes. De plus, le principe de reversement rétroactif post-négociation du prix reste maintenu et leur garantit que le prix négocié s'appliquera, y compris sur la période d'ATU, même si le prix initial que nous aurons fixé sur l'ATU est plus faible que le prix négocié in fine. Enfin, nous nous sommes engagés à ce que l'on parle de prix facial, qui est le seul connu internationalement, alors que le prix net provisoire reste confidentiel et leur permet de négocier leur prix à l'international. Tout cela explique la complexité de la mesure !*

*Nous avons remarqué que l'un des freins à la substitution des médicaments par des génériques est la mention « non substituable » inscrite sur l'ordonnance, dans une proportion qui est passée en six ans de 2 % à 9 % des ordonnances. Il y a donc une tendance des médecins à prescrire du non substituable. L'objectif est de la contrer en définissant précisément les cas où la mention « non substituable » est médicalement justifiée. Trop de patients se déclarent tout simplement allergiques au générique... Pour les génériques à marge thérapeutique étroite, il faudra une attention toute particulière, et cette mention n'aboutira pas à la levée du secret médical.*

*En effet, le ralentissement de l'activité des hôpitaux est plus important que prévu. La Cour des comptes estime que le virage ambulatoire ne peut pas expliquer la totalité de cette baisse d'activité. La proportion d'actes réalisés en ambulatoire augmente tout de même de plus de deux points par an. Pour 2018, nous avons tenu compte dans les tarifs de cette baisse d'activité. Nos premières estimations nous font penser qu'elle continue. C'est un mouvement en profondeur, dont nous ignorons les causes. En tous cas, nous traitons avec le plan « Ma santé 2022 » les causes des difficultés de l'hôpital en améliorant la structuration des soins sur le territoire pour renforcer l'offre de proximité, notamment dans le secteur libéral. L'idée est de donner aux hôpitaux les leviers pour adapter leur rôle. D'où l'idée de gradation des soins, avec des hôpitaux de proximité qui seront recentrés sur une actualité de proximité pour éviter la dispersion des plateaux techniques et des compétences dans tous les hôpitaux locaux, régionaux et les CHU. Puis, nous conduisons des améliorations de la performance des hôpitaux dans le cadre du programme « Performance hospitalière pour des achats responsables » (Phare), qui permet une très forte professionnalisation des acheteurs, et du programme « SIMplification du Parcours HOSpitalier du patient et Numérisation des Informations Echangées » (Simphonie), qui améliore la facturation et le recouvrement des recettes.*

Enfin, nous avons un accompagnement spécifique pour les hôpitaux les plus en difficulté, avec des mesures de suivi par les ARS. Nous sommes très attentifs à cette dégradation de la dette hospitalière et souhaitons qu'elle ne s'aggrave pas en 2018.

Quant à l'idée d'une réserve prudentielle sur les soins de ville, la construction de l'Ondam pour 2019 inclut d'ores et déjà une provision de 120 millions d'euros sur l'objectif soins de ville, à la suite des préconisations de la Cour des comptes sur une meilleure régulation de l'enveloppe.

Comment justifier le décalage entre la revalorisation de 0,3 % et l'inflation ? Nous orientons les financements supplémentaires sur les familles les plus en difficulté, avec le plan de lutte contre la pauvreté. Nous travaillons notamment à un parcours de santé 0-6 ans, à une facilitation de l'accès aux crèches pour les familles les plus défavorisées, en incitant à la création de places dans les quartiers classés en politique de la ville, sans oublier les petits déjeuners à l'école et les tarifs sociaux dans les cantines. L'année dernière, nous avons pris des mesures particulières en faveur des familles monoparentales, qui font partie des familles les plus pauvres.

Le Fonds national d'action sanitaire et sociale (Fnass) verra ses moyens croître de 10 % pour atteindre 6,38 milliards d'euros en 2022. Nous créerons 30 000 places supplémentaires de crèches et 500 000 places supplémentaires en accueil de loisirs dans le cadre du plan Mercredi. Il y aura une réforme du mode de financement des crèches pour s'assurer qu'une part significative de ces places soient créées dans les quartiers prioritaires politique de la ville, et que davantage d'enfants issus des familles modestes y soient accueillis. Nous avons créé un bonus territoire et un bonus mixité qui va jusqu'à 1 000 euros par place et par an. Et nous avons majoré de 30 % le montant maximal de complément de libre choix accordé aux familles monoparentales dans les PLFSS pour 2018.

Oui, la problématique des aidants est un enjeu de société et de santé publique. Mais nous souhaitons développer une politique ambitieuse d'accompagnement et de valorisation des aidants dans le cadre de la réforme sur l'autonomie et le grand âge. Cela ne se limitera pas aux aidants des personnes âgées mais concernera aussi ceux des personnes malades et des personnes handicapées.

Notre proposition est donc d'attendre les conclusions de la concertation nationale « grand âge et autonomie », prévues en fin d'année. Cette concertation comporte un atelier spécifique sur les aidants et la lutte contre l'isolement, avec des réflexions qui concernent le bilan de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, le non-recours aux droits, ou la rémunération du congé pour aidant. Il serait prématuré de voter des mesures sur les aidants dès cette année. Bien sûr, nous tiendrons compte de vos travaux, mais aussi des résultats de la consultation.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Cela ne concerne pas seulement le grand âge...

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Nous n'avons pas voulu dissocier les aidants de personnes handicapées des aidants de personnes âgées.

*Nous assumons la moindre revalorisation des pensions, de 0,3 % sur deux ans, mais nous prenons des mesures spécifiques pour les personnes les plus en difficulté. Clairement, dans le budget des personnes âgées ayant une petite retraite, la part de la santé et du reste à charge est prédominante. Nous avons donc orienté les financements supplémentaires de manière à annuler le reste à charge pour l'optique, les soins dentaires ou les audioprothèses. Nous organisons aussi un accès à une complémentaire santé modifiée, avec un panier de soins élargi, notamment pour les besoins des personnes en situation de handicap. Cela concerne tout de même 1,2 million de personnes : ce PLFSS est clairement orienté en faveur des petites retraites et des petites pensions.*

*Vous m'avez beaucoup interrogé sur la réforme. Je ne souhaite pas en dire plus que ce matin. L'ensemble des partenaires sociaux s'engagent à poursuivre la concertation. Les premières pistes et les premiers principes ont été posés, je ne souhaite pas y revenir. Nous avons fait le choix d'une concertation approfondie, sur le temps long, avec des périodes de transition longues entre les deux régimes.*

*Nous avons confié aux partenaires sociaux une négociation sur l'aspect santé au travail. Le rapport de Mme Lecocq sert de base mais n'est pas inscrit dans le marbre ! Les partenaires sociaux négocient actuellement sur l'amélioration de la prévention.*

*Vous m'interrogez sur la convergence des tarifs autour du GIR pour les départements. Nous nous sommes engagés à une compensation pour les perdants sur deux ans, ce qui nous laisse le temps de la concertation. J'ignore sur quoi cette concertation va déboucher. Évidemment, la concertation sur le grand âge et la perte d'autonomie va probablement apporter des pistes de réforme en profondeur et je ne suis pas sûre que notre fusée à trois étages, telle qu'elle existe aujourd'hui, sera toujours d'actualité dans trois ans.*

*Sur l'article 28, vous m'interrogez sur le forfait pour les médecins. Nous constatons une augmentation des maladies chroniques, et nous nous engageons vers une diversification du mode de tarification de la médecine. Il y aura toujours une tarification à l'acte, mais nous y ajoutons une tarification forfaitaire. La mission du ministère sur ce sujet n'est pas encore en mesure d'apporter des réponses sur la partie soins de ville. Pour l'heure, donc, la diversification portera essentiellement sur le mode de financement des hôpitaux. Ces forfaits concerneront l'ensemble des professionnels de santé dans le PLFSS pour 2020.*

**M. Yves Daudigny.** – *Le rétablissement des comptes de la sécurité sociale est une excellente nouvelle pour notre protection sociale et pour le pays. Les actions qui ont permis d'obtenir ce résultat ont été entreprises avant 2017...*

*Plusieurs centaines de praticiens hospitaliers se sont exprimés à nouveau en début de semaine dans la presse nationale pour souligner la dégradation des conditions de travail, qui peut entraîner une dégradation des soins. Le plan santé présenté par le Président de la République n'apporte pas de réponse dans l'immédiat à cette situation des hôpitaux, ni à la surcharge des urgences. Le gel prudentiel sera-t-il réaffecté au secteur hospitalier ou à un autre domaine ?*

*Nous sommes opposés à la fin de l'indexation des pensions de retraite et d'un certain nombre d'allocations.*

---

*La psychiatrie n'est-elle pas le secteur oublié de ce PLFSS ? Quel est votre regard sur ce secteur dégradé, en particulier dans le Nord et le Nord-Est ?*

*Vous avez évoqué la question de l'accès aux soins. Une étude publiée aujourd'hui indique que l'ophtalmologie est le secteur le plus concerné, avant la dermatologie et la cardiologie. Il existe une profession, l'optométrie, reconnue dans plusieurs pays. Elle n'est pas interdite en France mais elle n'y est pas reconnue. Pourquoi ? Elle apporterait un élément de solution à cette crise.*

*Nous avons travaillé sur les pénuries de médicaments. Je souhaiterais pouvoir vous entretenir de nos conclusions. À côté de la maîtrise des prix et des coûts des médicaments, à côté de la notion de sécurité et de qualité du médicament, il faudrait introduire une troisième notion : la disponibilité du médicament.*

*Vous avez rappelé la loi Veil de 1994. Je ne partage pas votre analyse. La non-compensation est une mesure non seulement financière mais aussi fortement symbolique. Elle va changer progressivement la nature de la sécurité sociale. La reprise de dette par la Cades est une bonne mesure. Elle sera compensée par le versement de 5 milliards d'euros de CSG. Pourquoi pas ? Mais ces 5 milliards d'euros manqueront à d'autres branches.*

**Mme Christine Bonfanti-Dossat.** – *Après la hausse de 2,5 % de l'Ondam, nous avons des raisons d'espérer une bouffée d'oxygène pour tous les acteurs de santé. Mais l'annonce de 150 millions d'euros d'économies à fournir par le secteur de la prestation de santé à domicile en 2019 tombe comme un couperet. Entre 2013 et 2016, la prestation de soins à domicile a contribué largement à la maîtrise des dépenses en apportant 50 millions d'économies par an dans le cadre des baisses de prix successives et, en 2017-2018, cet effet annuel a été portée à 90 millions d'euros. Sur quel champ d'activité le Gouvernement compte-t-il trouver encore 150 millions d'euros d'économies ? Quelle catégorie de patients seront sacrifiés ?*

*Le système de santé français est à la fois le plus généreux du monde et, parfois, le moins compréhensible. Souvent, on ne sait pas quelles sont les démarches à effectuer pour se faire rembourser ou pour se faire soigner. La coordination des intervenants est un des points critiques de notre système de santé. Dans cette vaste jungle, vous allez créer une nouvelle profession : les assistants médicaux, à mi-chemin entre les infirmières et les secrétaires médicales. Ne craignez-vous pas d'ajouter la confusion à la confusion ? Pourquoi ne pas avoir choisi de renforcer le rôle de coordinateur des infirmières, au lieu de créer un nouveau poste ?*

**Mme Florence Lassarade.** – *Madame la ministre, vous avez évoqué la prévention, mais quelle en est votre définition ? Durant mes études médicales, nous apprenions que la prévention primaire empêchait la maladie de survenir, la prévention secondaire la récidive et la prévention tertiaire les complications. J'ai l'impression que vous mettez beaucoup en avant la prévention tertiaire et je note que la baisse du budget consacré au sport ne va pas dans le sens d'un développement de la prévention...*

*Par ailleurs, à quels professionnels est destiné le forfait d'intervention précoce dans l'autisme ? Je suis pédiatre et je ne peux que m'inquiéter de la disparition programmée de cette spécialité... Est-ce que des non-spécialistes pourront intervenir et bénéficier de ce forfait ?*

**Mme Corinne Féret.** – Je concentrerai mon intervention sur la branche AT-MP, qui – je le rappelle – est excédentaire depuis 2013.

Tout d'abord, comme Yves Daudigny qui parlait des retraites, je regrette profondément le choix du Gouvernement de sous-indexer les pensions d'invalidité et les rentes servies par la branche.

Nous avons auditionné ce matin le premier Président de la Cour des comptes ; le rapport qu'il nous a présenté avance un certain nombre de recommandations, notamment en ce qui concerne la mise en place d'une tarification incitative liée à la prévention tant pour les accidents du travail que pour les maladies professionnelles. Reprendrez-vous tout ou partie de ces recommandations ?

En ce qui concerne la santé au travail, le rapport de notre collègue députée Charlotte Lecocq préconise un certain nombre de recommandations, qui ont déjà suscité des réactions. Il ne mentionne pas, ou très peu, la situation des agents de la fonction publique. Certes, la mission confiée par le Premier ministre n'englobait pas spécifiquement ce secteur, mais quelles sont vos intentions en la matière à l'égard des fonctionnaires, qu'ils soient d'État, territoriaux ou hospitaliers ? Avez-vous l'intention d'intégrer des mesures dans ce PLFSS ?

Le sujet de la reconnaissance des maladies professionnelles fait toujours débat. C'est évidemment le cas pour l'amiante. De nombreux territoires sont touchés par ce fléau, qu'il s'agisse du Tripode à Nantes ou de la région de Condé-sur-Noireau dans mon département, le Calvados, où le parquet a récemment demandé un non-lieu au bénéfice des anciens responsables de l'usine concernée, ce qui pose à nouveau la question essentielle de la responsabilité des employeurs.

Enfin, je voudrais savoir si vous disposez déjà d'une évaluation des conséquences de la disparition des CHSCT prévue par les ordonnances présentées par votre collègue Muriel Pénicaud à l'automne dernier sur la santé au travail et la prévention ?

**Mme Laurence Cohen.** – Les hôpitaux publics sont confrontés à de très graves difficultés qui entraînent d'ailleurs les nombreux mouvements que nous connaissons. Avec mon groupe politique, le CRCE, j'ai réalisé un tour de France des hôpitaux et nous avons recueilli les doléances des personnels, qui souffrent profondément. Les besoins en santé augmentent chaque année de 4,5 % et l'Ondam ne progresse que de 2,5 %, ce qui est totalement insuffisant.

Vous annoncez des investissements supplémentaires à hauteur de 200 millions d'euros dans les hôpitaux, mais cela représente bien peu si l'on rapporte cette enveloppe au nombre d'établissements concernés – 3 089 en 2015 selon une étude de la DREES ! Pourtant, les attentes et les besoins sont immenses. Comment comptez-vous redresser réellement la situation ?

En ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse, vous avez pris des positions que je salue, madame la ministre, en répondant à certaines déclarations inquiétantes. Pourtant, 5 000 femmes sont obligées d'aller à l'étranger chaque année pour avorter. Quels sont les moyens prévus dans ce PLFSS pour conforter ce droit fondamental ?

*De manière générale, je suis assez inquiète sur le financement de la sécurité sociale. Le Gouvernement multiplie les réductions de cotisations ou de charges pour les entreprises : 20 milliards d'euros pour la suppression totale des cotisations au niveau du Smic, 26 milliards versés en 2019 pour le CICE au titre de 2018 et à peu près autant du fait de la transformation du CICE en abattement de cotisations sociales. Dans le même temps, vous demandez aux plus vulnérables des efforts importants, je pense notamment à la revalorisation des pensions ou des allocations qui est limitée à 0,3 %, soit un niveau bien inférieur à l'inflation. Sans parler de la hausse de la CSG... Comment justifier une telle différence de traitement entre les entreprises et les personnes qui bénéficient d'allocations ou de prestations sociales ?*

*Enfin, je relève que le financement de la sécurité sociale dépend de plus en plus de la CSG plutôt que des cotisations, ce qui ne correspond à l'idée que nous nous faisons du système français. Vous envisagez un excédent du budget de la sécurité sociale. Comment être certains que cet excédent bénéficie effectivement à la sécurité sociale, et pas au budget de l'État ?*

**Mme Michelle Meunier.** – *Madame la ministre, vous avez évoqué la prévention précoce de l'autisme. Je salue votre volonté d'augmenter de 30 % le complément du mode de garde pour les parents qui ont un enfant porteur de handicap, mais j'attire votre attention sur l'effectivité de cette mesure. En effet, il faut savoir que l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, AEEH, est déjà sous-utilisée pour les jeunes enfants.*

*Nous revenons donc à la question centrale : l'information et la formation des professionnels, en particulier ceux qui travaillent dans des structures qui reçoivent de jeunes enfants – services de protection maternelle et infantile, centres d'action médico-sociale précoce...*

*Nous le savons, il est très important de développer une approche globale pour les tout-petits. Or certaines caisses d'assurance maladie refusent certaines prises en charge ou font des difficultés aux parents pour des remboursements, lorsqu'il s'agit de consultations « hors cadre » ou qui ne rentrent pas dans le protocole de soins. Je pense notamment à des séances d'orthophonie ou de rééducation, qui peuvent se révéler très intéressantes, y compris sur des enfants qui ont un syndrome du trouble du comportement, sans être nécessairement diagnostiqués autistes.*

*Je rappelle que la prévention permet une meilleure prise en charge, ainsi que des économies sur de futures dépenses thérapeutiques. C'est pourquoi j'ai été étonnée l'an passé, quand des amendements que j'avais déposés avec Corinne Féret ont été déclarés irrecevables au titre de l'article 40 de la Constitution.*

*Je voulais aussi vous faire part de certaines inégalités dans l'accès aux soins, notamment pour les femmes porteuses de handicap. Envisagez-vous de prendre des dispositions dans ce PLFSS pour pallier cette difficulté, qui concerne surtout la médecine de ville ? Nous savons bien que les personnes handicapées recourent encore moins que les autres à la prévention.*

Nous aurons bientôt l'occasion, lors de l'examen d'une proposition de loi, de parler des décisions prises par le Gouvernement au sujet de l'allocation adulte handicapé, mais je veux quand même vous faire part de la profonde colère des personnes handicapées, qui trouvent que ces annonces ne correspondent pas franchement à la réalité qu'elles vivent au quotidien. Je pense notamment aux couples.

**M. Jean-Louis Tourenne.** – Je voudrais vous dire toute mon admiration devant le talent que vous déployez pour présenter de façon élogieuse une situation qui ne le mérite pas ! J'ai rarement rencontré au cours de ma vie politique, pourtant longue, une manière aussi particulière de présenter les choses...

Premier exemple, les heures supplémentaires. Vous nous dites, monsieur le ministre, que l'exonération de cotisations sociales permettra d'augmenter le pouvoir d'achat des salariés. Cela serait vrai, si tout le monde pouvait faire des heures supplémentaires et si elles dépendaient de la volonté du salarié. Or, nous le savons, cette décision dépend de l'employeur, qu'il soit privé ou public. Je crois vraiment qu'il faut arrêter de faire des effets d'annonce !

Je ne peux pas éluder l'évolution très faible, 0,3 %, des pensions de retraite, des aides au logement – APL –, des prestations familiales, des rentes AT-MP et des pensions d'invalidité. Vous demandez constamment des sacrifices aux plus faibles et aux plus vulnérables !

Autre exemple, au prétexte de trouver de l'argent, vous ponctionnez à la sécurité sociale 600 millions d'euros pour payer la disparition du forfait social, 2,5 milliards pour l'exonération des heures supplémentaires et environ 7 milliards au titre de la suppression du CICE remplacé par une exonération de charges sociales, soit un total d'à peu près 10 milliards d'euros ! Qui plus est, vous en faites une règle : au-delà d'un milliard d'euros d'excédents, l'État ponctionnera la sécurité sociale. C'est tout simplement inadmissible ! Ce procédé attaque les principes mêmes de notre sécurité sociale, dans laquelle chaque personne finance sa propre assurance. Vous allez faire payer des dépenses de l'État par des cotisations de sécurité sociale. C'est encore plus inadmissible, quand on connaît la situation dans les hôpitaux...

Par ailleurs, nombre de questions se posent sur les optométristes et je partage le sentiment d'Yves Daudigny à ce sujet. J'ai eu l'occasion de déposer deux amendements qui ont été retoqués ; j'espère que, cette année, j'aurai le bonheur d'assister enfin à leur adoption.

Première question, monsieur le ministre, les modalités de calcul de la prime d'activité, qui est censée augmenter de 20 euros par mois. J'ai lu dans la presse que le décret qui prévoit cette mesure modifie aussi le coefficient utilisé, qui est passé de 62 % à 61 %. Cette modification peut paraître dérisoire, mais en réalité, elle limite l'augmentation de la prime d'activité à seulement 7 euros, sans compter l'inflation qui va évidemment grever cette hausse. J'ai fait le calcul, je peux vous confirmer cette information !

Vous avez indiqué que les associations ne bénéficieraient plus du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires, le CITS. Vous proposez à la place une nouvelle exonération. Pourquoi pas ? Le problème est que vous réfléchissez à enveloppe constante, 120 millions d'euros, alors que le nombre de bénéficiaires du nouveau dispositif sera plus élevé que celui du précédent.

*Ainsi, les associations qui sont éligibles au crédit d'impôt actuel verront leurs moyens d'action amputés. Quand on connaît la situation dans les Ehpad, on peut s'interroger sur cette mesure...*

**M. Martin Lévrier.** – *La fusion de la CMU-c et de l'ACS, qui fait partie du plan Pauvreté, a pour objectif de rendre plus efficace l'aide aux plus vulnérables. Je rappelle qu'environ deux Français sur trois éligibles aujourd'hui n'utilisent pas ces dispositifs. De nombreuses personnes, en particulier handicapées, connaîtront ainsi une meilleure prise en charge, par exemple en ce qui concerne les dispositifs médicaux, dont les fauteuils roulants.*

*Le dispositif à l'étude permettra notamment d'offrir à tous les assurés sous le plafond de ressources la prise en charge complémentaire de la totalité des frais sur un large panier de soins. Comment éviter les effets de seuil de ce plafond de ressources ? Quel est le périmètre de ce panier de soins ? Comment cette mesure sera-t-elle coordonnée avec le dispositif de zéro reste à charge, RAC 0, les prothèses étant par exemple très présentes dans le panier de soins des personnes âgées ?*

*Je souhaite vous interroger sur Mayotte. Le PLFSS entend résoudre l'engorgement du centre hospitalier mahorais avec la mise en place d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie du ticket modérateur sur les soins de ville sous conditions de ressources. Si cela permet effectivement de lever un frein financier, il faut savoir qu'à Mayotte l'accès aux soins est d'abord limité par la faiblesse de l'offre libérale : 11 médecins pour 100 000 habitants. Comment estimer l'impact de la mesure que vous proposez sur le quotidien des Mahorais ?*

*Le PLFSS contient d'autres mesures pour améliorer l'accès aux soins, par exemple une exonération de charges pour les étudiants ou les médecins remplaçants. D'autres solutions de financement mériteraient sûrement d'être creusées grâce à une meilleure concertation avec élus et acteurs locaux.*

*En ce qui concerne la prévention – vous répétez souvent, madame la ministre, que mieux vaut prévenir que guérir... –, elle a souvent été le parent pauvre de notre système de santé. La lutte contre les addictions, y compris celles liées aux substances psychoactives, est la suite logique de la politique menée contre le tabagisme. Je salue ainsi la volonté du Gouvernement de suivre l'avis du Haut conseil de santé publique et de se concentrer sur les actions de prévention à destination de la jeunesse. Pour autant, j'aimerais connaître, madame la ministre, la place que vous accorderez à la médecine scolaire dans cette politique et le soutien que vous lui apporterez.*

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – *Je vais d'abord répondre à M. Daudigny. En ce qui concerne le gel prudentiel qui est opéré chaque année sur les crédits hospitaliers, la décision est généralement prise à la fin du mois de novembre en fonction de la consommation des budgets. Il est donc trop tôt pour vous répondre.*

*Ensuite, vous dites que la psychiatrie est un secteur dégradé. C'est exact et cela ne date pas d'hier ! Avant mon arrivée au Gouvernement, on parlait d'ailleurs très peu de cette question, alors qu'elle était déjà très prégnante, et la dégradation des soins psychiatriques n'a ému personne pendant des années... J'avais déjà décidé d'en faire une priorité, lorsque je présidais le collège de la Haute Autorité de santé.*

*Au ministère, j'ai pris le sujet à bras le corps. Je rappelle que l'Ondam est fixé à 2,5 %, tandis qu'il oscillait autour de 1,7 % durant les cinq années précédentes. J'ai présenté une feuille de route spécifique et très ambitieuse pour la psychiatrie. Ce secteur va évidemment bénéficier d'investissements financiers, mais le problème n'est pas uniquement budgétaire. Parmi les difficultés, je citerai l'absence de psychiatres et d'attractivité des postes hospitaliers et la disparition progressive de la pédopsychiatrie, profession qui a été abandonnée. Ainsi, dans huit régions, il n'y a plus de professeurs de pédopsychiatrie, j'ai donc demandé aux doyens des facultés de médecine d'en nommer afin de former des internes dans cette spécialité. En 2019, nous allons aussi créer des postes d'infirmiers de pratiques avancées en psychiatrie. Des projets locaux de santé psychiatrique vont être créés. Les psychiatres pourront intégrer les communautés professionnelles territoriales de santé, les CPTS.*

*La question de la psychiatrie est donc très complexe et ce PLFSS ne contient pas de mesure spécifique, hormis les investissements hospitaliers dont j'ai déjà parlé, car les leviers d'action les plus importants ne sont pas financiers. Je rappelle que la plupart des hôpitaux qui sont aujourd'hui en tension dans le secteur psychiatrique ont des postes de psychiatres ouverts, mais ne réussissent pas à les pourvoir.*

*En ce qui concerne la reconnaissance des optométristes, nous avons beaucoup dialogué avec la filière des soins optiques dans le cadre de nos travaux sur le reste à charge zéro. Nous avons pris des engagements avec les ophtalmologues et leurs collaborateurs. Aujourd'hui, 60 % de ces spécialistes ont un collaborateur orthoptiste ou infirmier, en cas de protocole de coopération. Nous avons travaillé sur l'ingénierie des métiers et des diplômes ; ainsi, la formation des opticiens passera de deux à trois ans afin qu'ils puissent pratiquer des actions de prévention. En outre, les orthoptistes auront la possibilité de renouveler les prescriptions.*

*Au sujet de la pénurie de médicaments, nous allons nous saisir des conclusions du rapport réalisé par le Sénat. Je vous remercie d'avoir travaillé sur cette question, ce que le ministère est en train de faire de son côté. Le PLFSS pourrait être l'occasion de réfléchir à une disposition autour de la disponibilité, notamment pour renforcer les plans de gestion proposés par les industriels. Comme vous le savez, les explications des pénuries sont très diverses, on ne peut donc pas y apporter une réponse simple et unique.*

*Madame Bonfanti-Dossat m'a interrogé sur les prestations de soins à domicile. Je voudrais d'abord vous faire remarquer que je n'ai pas l'habitude de sacrifier des patients ! Votre remarque à ce sujet m'a quelque peu troublée. Des économies sont prévues à hauteur de 150 millions d'euros sur les dispositifs médicaux et les prestations à domicile, mais il faut savoir que les dépenses de la liste des produits et prestations remboursables, la LPPR, où sont inscrits les dispositifs médicaux, augmentent de manière extrêmement rapide, à un niveau bien supérieur à celui de l'Ondam. Nous n'avons pas souhaité introduire un mécanisme de régulation avec une clause de sauvegarde, comme pour le médicament, mais nous avons prévu de mener des négociations très ambitieuses sur le prix des dispositifs médicaux. Les économies porteront sur ce secteur. Par ailleurs, nous sommes évidemment d'accord pour réfléchir avec les acteurs économiques à de nouveaux outils de régulation, qui pourraient être introduits dans le PLFSS pour 2020.*

*Vous me posez aussi la question du nouveau métier d'assistant médical. Il faut d'abord savoir que ce métier existe dans de nombreux pays. Ensuite, il est complètement distinct de celui d'infirmière. Nous allons négocier le champ de compétences de ces assistants médicaux avec les professionnels, mais il ne correspondra pas du tout à celui des infirmières de coordination ou à celui des infirmières de pratiques avancées. Nous souhaitons que les infirmières soient sur le terrain, au plus près des patients, en particulier des patients chroniques, et qu'elles se voient déléguer des tâches aujourd'hui exercées par les médecins. Je pense notamment à la vaccination ; nous avons d'ailleurs demandé à la Haute Autorité de santé de se pencher sur la primo-vaccination et, à la suite de son rapport positif, nous allons élargir la possibilité offerte aux infirmières de les réaliser.*

*Nous engageons donc une restructuration globale de l'offre de soins de proximité, mais je ne souhaite pas que les infirmières jouent le rôle d'assistante médicale. Elles ont mieux à faire !*

*Madame Lassarade, vous m'interrogez sur la prévention. Non, nous ne privilégions pas particulièrement la prévention tertiaire, comme le montre ce que nous avons décidé sur la vaccination ou le prix du tabac. Toutes les actions de prévention primaire ou secondaire, dont l'activité physique, pourront être prises en charge dans les forfaits dédiés aux patients chroniques.*

*L'ensemble des crédits consacrés à la prévention institutionnelle augmente. Les moyens du FNPEIS, Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire qui est géré par la Cnam, augmentent de 20 % dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2018-2022. Ceux du Fonds de lutte contre le tabac vont passer de 30 millions à 100 millions, en s'élargissant à toutes les addictions. Le FIR, Fonds d'intervention régional géré par les Agences régionales de santé, progresse de 3,3 %, soit un point de plus que l'Ondam. Le budget du fonds national de prévention des accidents du travail de la branche AT-MP double, en passant de 50 millions à 100 millions.*

*En matière de prévention secondaire, une consultation sera prise en charge à 100 % pour le dépistage des cancers chez les femmes à 25 ans. Nous avons réparti les examens de prévention chez les jeunes jusqu'à 18 ans. Nous créons une consultation de prévention autour de la sexualité et de l'accès à la contraception chez les jeunes entre 15 et 17 ans, prise en charge à 100 % par la sécurité sociale.*

*Bref, je ne vois pas comment on peut nous faire le procès de ne pas mettre les moyens sur la prévention !*

*Autre question de Mme Lassarade, les forfaits d'intervention précoce seront activés par les médecins généralistes, les pédiatres et généralement tous ceux qui interviennent auprès des enfants et sont amenés à repérer un trouble du neuro-développement, avant même un éventuel diagnostic d'autisme. Ce forfait sera versé aux structures de coordination, qui le répartiront entre les différents professionnels – orthophonistes, psychomotriciens... Cela répond donc aussi à la question de Mme Meunier sur les consultations « hors-cadre ». Il s'agit de répondre à un besoin très bien identifié : la prise en charge, chez des professionnels aguerris, des pathologies du développement avant même qu'un diagnostic soit posé par un centre d'action médico-sociale précoce.*

*Madame Féret, vous me posez la question du rapport Lecocq sur la santé au travail. Nous sommes actuellement dans une phase de consultation des partenaires sociaux, qui ont déjà eu des réunions bilatérales avec le Premier ministre. Je ne dispose pas encore des conclusions de cette consultation et nous devrions disposer d'un document d'orientation à la fin du mois. En ce qui concerne les agents publics, le secrétaire d'État auprès du ministre de l'action et des comptes publics a lancé une réflexion et des discussions sur le sujet de la santé au travail.*

*Par ailleurs, nous réfléchissons à la question de la reconnaissance des maladies professionnelles. J'ai été très étonnée quand j'ai découvert que la liste des maladies professionnelles résultait d'une négociation entre les partenaires sociaux et qu'elle n'avait donc rien de scientifique. Muriel Pénicaud et moi-même souhaitons remettre un peu de science dans ce processus, ce qui permettra d'améliorer profondément le système actuel.*

*Madame Cohen, vous dites que 5 000 femmes vont à l'étranger pour procéder à une IVG, mais une grande majorité d'entre elles le fait parce qu'elles sont hors délai en France et que certains pays autorisent des IVG plus tardives. Il est donc faux de penser que cela est lié à une difficulté d'accès aux soins.*

**Mme Laurence Cohen.** – *C'est lié, quand même !*

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – *Par ailleurs, le nombre d'IVG est stable en France depuis quinze ans autour de 216 000 par an.*

*Je suis très attentive à ce que le monde associatif peut nous remonter comme informations et, quand il y a un problème particulier de clause de conscience, comme cela a été le cas dans la Sarthe, nous sommes intervenus extrêmement rapidement pour faire venir des professionnels.*

*Sincèrement, le droit à l'IVG n'est en aucun cas remis en cause en France, sauf par quelques déclarations individuelles qui n'engagent que leurs auteurs, et je n'ai pas constaté de difficulté particulière en termes financiers ou d'organisation. C'est pourquoi il n'y a pas de raison que le PLFSS contienne une mesure sur ce sujet.*

*Je rappelle que Marisol Touraine, mon prédécesseur, a élargi la possibilité d'effectuer des IVG instrumentales dans les centres de santé des IVG, procédure qui a été cadrée par la Haute Autorité de santé. En outre, les sages-femmes et les médecins généralistes ont l'autorisation de procéder à des IVG médicamenteuses et 65 % des centres médicaux pratiquent l'IVG.*

*Madame Meunier, nous sommes d'accord, l'AEEH est utilisée tardivement. Il est vrai que les familles hésitent beaucoup à faire reconnaître un diagnostic de handicap ou de trouble du développement avant l'âge de trois ans. Elles mettent un certain temps à faire la démarche de consulter un professionnel.*

*Dans le cadre du plan autisme, nous avons prévu des actions pour former tous les professionnels de la petite enfance au repérage – médecins des services de protection maternelle et infantile, puéricultrices, assistants sociaux, personnels de l'éducation nationale... Tous auront une formation au repérage précoce des troubles du neuro-développement. Plus on intervient tôt, mieux c'est ! La création du forfait dont je vous ai parlé répond à cette exigence.*

*Sur les inégalités dans l'accès aux soins pour les personnes en situation de handicap, notamment en ce qui concerne la prévention, là encore, ce ne sont pas des problèmes budgétaires, mais d'organisation. Lors du comité interministériel du handicap, qui se tiendra la semaine prochaine, je présenterai des mesures à ce sujet.*

*Monsieur Tourenne, vous vous interrogez sur la prime d'activité. J'ai répondu cet après-midi même à une question identique qui m'a été posée à l'Assemblée nationale. Soyons clairs : les engagements du Président de la République seront tenus ! À l'issue du quinquennat, la prime d'activité sera revalorisée de 100 euros pour les personnes dont les revenus se situent au niveau du Smic. La prime varie en fonction des revenus et il est normal qu'elle soit supérieure pour les personnes dont les revenus sont plus faibles. L'ensemble des bénéficiaires ne touche donc pas la même prime d'activité.*

**M. Jean-Louis Tourenne.** – Vous allez donc rectifier le décret...

**M. Gérald Darmanin, ministre.** – Je vais répondre aux quelques questions qui concernaient les comptes publics.

*M. Daudigny a évoqué un sujet de nature, au fond, philosophique sur les relations entre l'État et la sécurité sociale. Il faut d'abord savoir qu'il n'y a jamais eu de compensation exacte. Ensuite, nous sommes passés au fil du temps d'un système assurantiel, lié au statut de l'assuré, à un système plus universel. Un simple exemple : la place dans le financement de la sécurité sociale de la CSG, qui n'est pas une cotisation, mais une contribution, est de plus en plus importante et le Gouvernement a souhaité, vous le savez, poursuivre dans cette voie.*

*Ce changement n'est aucunement une remise en cause du système, il correspond en fait aux évolutions de la société elle-même depuis la création de la sécurité sociale après la Seconde Guerre mondiale et aux bouleversements dans les questions liées à la maladie, à la famille et, demain, à la dépendance. Ces questions étaient déjà largement présentes dans le débat que nous avons eu l'an passé sur le PLFSS pour 2018.*

*Mme Cohen a évoqué la suppression de certaines cotisations et le niveau de contribution des entreprises au financement de la sécurité sociale. C'est une question de philosophie politique, sur laquelle nous sommes clairement en opposition. De notre côté, nous pensons que baisser la fiscalité, notamment sociale, permet à l'entreprise de produire davantage, donc d'embaucher et de mieux payer les salariés, ce qui permettra une rentrée supérieure en termes de ressources pour la sécurité sociale. À notre sens, il faut encourager l'entreprise, en baissant la pression fiscale.*

*Au sujet du CITS, je ne suis évidemment pas d'accord avec M. Tourenne. Il faut distinguer les activités qui relèvent du champ concurrentiel et les autres. La question du coût du travail explique notre volonté de transformer le CICE en un allègement de charges généralisé. Je rappelle que ce crédit d'impôt a été inventé durant le quinquennat précédent pour compenser les augmentations de fiscalité qui avaient été adoptées au début du même quinquennat... Vous connaissez cette histoire !*

*Certes, il existe une difficulté sur les aides à la personne, mais le Gouvernement a proposé un amendement sur ce sujet. D'autres questions se posent, notamment pour les Ehpad, mais il s'agit plutôt d'un problème global de modèle de financement et de fonctionnement.*

*Dernier point, les heures supplémentaires. Il est manifeste que, là non plus, nous ne sommes pas d'accord ! Qui fait des heures supplémentaires ? Ce sont plutôt des jeunes, en tout cas des salariés de moins de 45 ans, et les ouvriers et employés. En 2012, on a pu constater un effondrement des heures supplémentaires, lorsqu'elles ont été à nouveau fiscalisées, parce que les salariés ne voulaient plus en faire. Nous voulons moins fiscaliser les heures supplémentaires pour rendre le système plus attractif et faire gagner du pouvoir d'achat aux personnes qui en ont besoin.*

*En 2012, le Gouvernement avait gardé une partie des baisses de charges, ciblées sur les petites entreprises.*

***M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – C'était une mesure intéressante !*

***M. Gérald Darmanin, ministre.** – Justement, monsieur le rapporteur général, nous n'avons pas souhaité baisser davantage les charges des entreprises au titre des heures supplémentaires pour éviter les effets d'aubaine. Notre mesure concerne les salariés, pas les entreprises.*

***Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Monsieur Lévrier, les personnes entrant dans le nouveau dispositif résultant de la fusion entre la CMU-c et l'ACS bénéficieront de la totalité des conditions ouvertes aux bénéficiaires de la CMU : mêmes conditions d'accès et garanties, notamment l'absence de dépassements d'honoraires. Ils auront les mêmes prestations que les bénéficiaires du « 100 % santé », c'est-à-dire avec un reste à charge de zéro. En outre, le panier de soins est élargi aux différents aspects de la compensation du handicap.*

*En ce qui concerne Mayotte, l'exonération du ticket modérateur vise à favoriser le recours à l'offre de soins en libéral, même si nous savons que celle-ci est extrêmement peu développée. Dans ce département, l'essentiel de l'offre de soins est assuré par l'hôpital, qui va d'ailleurs bénéficier d'investissements considérables ; pour mémoire, je rappelle que cet hôpital fonctionne avec un budget global, et non sur le principe d'une tarification à l'activité, ce qui est extrêmement rare. En tout cas, c'est un sujet que je suis de très près.*

*Sur la médecine scolaire, tout le monde considère que le système ne fonctionne pas bien ! Comme vous le savez, les médecins et infirmières scolaires dépendent du ministère de l'éducation nationale et ils ne souhaitent pas être rattachés au ministère de la santé. Jean-Michel Blanquer et moi-même nous attachons à ce que l'ensemble des enfants bénéficie de la consultation médicale obligatoire avant six ans. Nous travaillons aussi à mettre en place un parcours de santé des 0-6 ans ; la députée Stéphanie Rist et des inspecteurs de l'Igas sont d'ailleurs chargés de remettre un rapport en vue d'améliorer l'accès à la médecine scolaire, en favorisant par exemple les coopérations avec les services de protection maternelle et infantile et avec les médecins généralistes et en élargissant les personnes en capacité de prendre en charge les enfants. Nous savons bien qu'aujourd'hui la profession n'est pas attractive et nous travaillons à une meilleure reconnaissance de ce métier.*

***Mme Victoire Jamin.** – Les prestations des psychomotriciens sont reconnues, mais elles ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Envisagez-vous de valoriser ce métier ?*

*Votre plan prône, à juste titre, la complémentarité entre les secteurs publics et privés. Envisagez-vous d'évaluer la situation actuelle, car la plupart des établissements publics de santé sont en certification ou en accréditation ?*

*Les travailleurs indépendants connaissent des situations difficiles, liées notamment à la compatibilité des logiciels qu'ils utilisent pour leurs cotisations. Le dispositif va-t-il être amélioré ? À La Réunion, un indépendant est mort car, sa carte vitale étant muette, il n'a pu bénéficier de soins.*

**Mme Corinne Imbert.** – *Vous avez rappelé que le médicament était un secteur clé du soin. Vous avez aussi rappelé l'objectif d'accès aux traitements innovants, objectif que nous partageons tous. Néanmoins, le médicament va servir de variable d'ajustement dans ce PLFSS car, sur les 3,83 milliards d'économies, le médicament contribuera à hauteur de 1,36 milliard.*

*Je souhaite aussi vous interroger sur la répartition pharmaceutique : ce secteur est menacé alors qu'il soutient le maillage des officines qui contribue à l'aménagement du territoire. La répartition pharmaceutique, qui garantit la sécurité de la distribution du médicament dans notre pays, est fragilisée depuis le développement des génériques. Nous avons adopté l'an passé un amendement de mon collègue Gérard Dériot retirant le segment des génériques de l'assiette de la taxe sur le chiffre d'affaire des répartiteurs. L'une des demandes de la répartition pharmaceutique est l'instauration d'un forfait sur le générique. Si la situation actuelle perdure, les officines – notamment rurales – risquent demain d'être moins bien desservies. L'égalité d'accès aux médicaments ne serait alors plus assurée. Seriez-vous favorable à l'instauration d'un forfait sur les génériques ?*

**M. Jean-Marie Morisset.** – *L'année dernière, nous avons voté l'amendement que ma collègue vient d'évoquer. Quelle sera votre position lorsque nous présenterons à nouveau cet amendement ?*

*Les négociations avec les 120 000 infirmiers libéraux avec la caisse d'assurance maladie sont bloquées depuis plusieurs mois. L'année dernière, vous étiez intervenue pour débloquer les négociations avec les dentistes. Allez-vous en faire de même, ce qui permettrait aux infirmiers libéraux de prendre le virage des soins ambulatoires ?*

*Il est demandé aux prestataires de santé à domicile de passer de 90 à 150 millions d'économies en un an. C'est vraiment beaucoup !*

*Je salue la création des assistants médicaux, mais ils devront exercer dans un cabinet. Qu'entendez-vous par « cabinet » ? Faudra-t-il un ou plusieurs médecins ? S'agira-t-il d'une maison de santé ? Quelles seront les conditions pour bénéficier d'un assistant médical et ce dernier pourra-t-il assister, outre les médecins, les dentistes, les kinésithérapeutes etc... ?*

**Mme Patricia Schillinger.** – *Le PLFSS ne pourrait-il être l'occasion de renforcer les dispositifs de surveillance des anomalies congénitales ? Il existe aujourd'hui six registres de malformations congénitales. Récemment, l'un de ces registres a perdu les 100 000 euros de subventions que lui versait le conseil régional d'Auvergne-Rhône-Alpes, soit 50 % de son budget. En appui de Santé publique France qui souhaite une mise en réseau de ces registres, comment pérenniser la prévention des anomalies congénitales ? L'État compte-t-il soutenir financièrement le registre Remera ?*

**Mme Chantal Deseyne.** – *Le plan de lutte contre les addictions 2018-2022 devait être publié en mars, puis en juin, puis en septembre. Nous sommes aujourd'hui le 10 octobre et ce plan n'a toujours pas été dévoilé. J'attends de ce plan des mesures sur les addictions comportementales mais aussi sur les addictions aux jeux, aux écrans, à la pornographie, en particulier pour protéger les jeunes les plus vulnérables. Pouvez-vous nous dire quand ce plan sera publié ?*

**Mme Nadine Grelet-Certenais.** – *Mon collègue Daudigny a rappelé le cri d'alarme de la Fédération hospitalière de France. L'augmentation de 0,2 % de l'Ondam permet d'affecter 400 millions de plus à tous les acteurs, mais ils doivent être comparés aux 900 millions d'économies demandées chaque année aux hôpitaux publics, et aux 1,2 milliard d'économies prévues sur la masse salariale d'ici 2022. Cette équation est énigmatique.*

*Vous avez dit qu'un accompagnement des établissements en difficulté sera opéré par les ARS, mais si l'enveloppe budgétaire demeure inchangée, comment redresser la situation de ces hôpitaux ?*

*Le forfait hospitalier sur les actes coûteux -soit supérieurs à 120 euros- serait relevé de 18 à 24 euros. Cette mesure n'entre-t-elle pas en contradiction avec la mise en place d'un reste à charge à zéro ?*

**M. Jean Sol.** – *Le déficit des hôpitaux publics a augmenté de plus de 50 % en deux ans. Ces établissements s'essouffent, les Groupements hospitaliers de territoire (GHT) ne sont pas encore en ordre de marche, les conditions de travail ne favorisent pas les soins de qualité, les personnels sont en grande souffrance et les patients sont légitimement de plus en plus exigeants. Allez-vous annexer à l'Ondam la maîtrise des déficits et de la dette des établissements publics de santé ? Cette mesure sera-t-elle suffisante pour donner la bouffée d'oxygène tant attendue par les dirigeants gestionnaires et la communauté soignante ?*

*Quid des soins palliatif et des actes redondants ?*

**Mme Véronique Guillotin.** – *Je salue le plan santé 2022 qui répond aux problématiques des soins de proximité, de la désertification médicale et d'égal accès aux soins.*

*Ce plan préconise trois types d'hôpitaux : hôpitaux de proximité, hôpitaux techniques et hôpitaux de pointe, qui correspondent sans doute aux CHU actuels. Quel sera le périmètre géographique pour effectuer ces gradations ? Certains hôpitaux qui comprennent des plateaux techniques pourront-ils devenir des hôpitaux de proximité ? Qui définira le cadre ? Les ARS et les GHT seront-ils autour de la table des négociations ?*

*Un cadre législatif ne pourrait-il éviter l'inflation des salaires des médecins intérim qui consultent dans les hôpitaux ? Dans certains territoires, ces salaires dégradent les finances des hôpitaux.*

*Les médecins PAE (procédure d'autorisation d'exercice) qui ne viennent pas de l'Union européenne pourront-ils être intégrés dans les hôpitaux ? L'an dernier, nous avons proposé, en vain, une expérimentation. Envisagez-vous de les intégrer de façon pérenne ?*

*Je salue votre courage concernant l'obligation des onze vaccins. Ne pensez-vous pas que le vaccin contre les infections par papillomavirus humains, notamment chez les garçons, devrait être rendu obligatoire, d'autant que les cancers du col et les cancers génitaux sont plus nombreux en France que dans les autres pays européens où la vaccination est massive ? Ne faudrait-il pas également obliger les personnels soignants à se faire vacciner contre la grippe ?*

*La sédentarité est la quatrième cause de mortalité dans le monde. Comment le ministre de la santé, en lien avec celui des sports et le ministère de l'Éducation nationale, agissent-ils pour changer les comportements dès l'enfance ?*

*De nombreux jeunes, enfants ou adultes handicapés doivent être accueillis dans des pays étrangers, notamment la Belgique. Ce PLFSS prévoit-il la création de places sur les territoires frontaliers ? Là où l'accès aux soins est difficile, ou qu'on observe une désertification médicale sur les territoires frontaliers, le travail transfrontalier est-il pris en compte par votre plan santé ?*

**M. Daniel Chasseing.** – *Je me réjouis que la sécurité sociale soit à l'équilibre, et que la dette de la Cades doive être amortie totalement en 2024. Je soutiens le plan santé. Certes, il y a un déficit des hôpitaux, qui est ancien. Dans les hôpitaux périphériques, on est souvent obligé de prendre des salariés en intérim, ce qui coûte deux ou trois fois plus cher que des postes normaux.*

*Je me réjouis de la suppression du numerus clausus. Recruter 4 000 assistants médicaux d'ici 2022 ? Je suppose qu'ils assureront l'accueil de patients et la vérification des vaccinations dans les maisons de santé. Vous parlez de généralisation des communautés professionnelles territoriales avec un seuil de 20 000 habitants. En zone rurale, cela peut être vaste ! Des adaptations sont à prévoir.*

*Certains ophtalmologues opèrent la cataracte en cabinet et sont pénalisés, parce que cela coûte moins cher qu'en clinique. Et l'implant n'est pas remboursé. Il faudrait faire le point sur ce sujet.*

*Dans les Ehpad, il manque des aides-soignantes et des infirmières. Des manifestations récentes l'ont rappelé. Vous avez prévu 125 millions d'euros en 2019. Il faut arriver à 0,7 personne par pensionnaire. Les infirmières itinérantes ne sont pas efficaces ; mieux vaut augmenter le temps infirmier dans les vingt-quatre heures.*

*La majoration des modes de garde et le congé de maternité amélioré sont de bonnes choses. On peut regretter la limitation à 0,3 % de la revalorisation des retraites ou des allocations familiales.*

*En zone rurale, l'augmentation du prix du gasoil reprendra l'augmentation de pouvoir d'achat que vous procurez aux salariés. La mesure sur la rémunération des heures supplémentaires va dans le bon sens, tout comme l'allègement des charges sociales en plus du CICE. Je suis aussi pour l'économie sociale et solidaire. Il faudra de la formation !*

**M. Gérald Darmanin, ministre.** – *Nous fusionnons le RSI au régime général, et cela se passe bien. Cela aligne les droits tout en conservant certains droits spécifiques, et le service s'est amélioré : votre commission pourra nous entendre sur ce point, si elle le souhaite.*

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – Il n'est pas prévu de remboursement des actes des psychomotriciens. Il faudra les introduire dans les forfaits de prise en charge d'un certain nombre de pathologies, et notamment dans celui de prise en charge précoce des enfants autistes.

La répartition pharmaceutique est essentielle pour l'accès aux médicaments, et je suis très attentive au maillage territorial des pharmacies. Des négociations sont en cours pour revoir les modalités de financement de ce secteur. C'est dans ce cadre que la question du forfait va être posée. Nous réfléchissons à l'organisation de ce secteur, en général.

Je suis intervenue pour les dentistes parce que je voulais ouvrir la négociation sur le reste à charge zéro. Le bras de fer qui avait eu lieu avant mon arrivée n'était pas propice à l'ouverture de négociations apaisées. Pour les infirmières libérales, la situation est différente. D'abord, je n'interviens pas toujours dans la négociation de la Cnam avec les professionnels ! Puis, j'ai déjà dit aux professionnels de santé que, dans le cas de la réforme « Ma santé 2022 », je privilégiais les nouveaux modes de rémunération à la rémunération à l'acte ou à l'activité. Je souhaite que les professionnels libéraux soient incités à mieux coopérer et à être attentifs à la pertinence des actes. Cela passe par des forfaits de prise en charge, notamment des pathologies chroniques. Je souhaite donc que, dans la négociation, on travaille sur d'autres modes de rémunération, incitatifs à des bonnes pratiques, plutôt que d'augmenter le coût de la consultation. Par ailleurs, on élargit leur champ d'actes, notamment avec la vaccination des primo-vaccinés. Mais si on veut vraiment modifier l'organisation du système de santé, le meilleur levier de transformation, c'est le mode de tarification.

La surveillance des anomalies congénitales repose sur un réseau de six registres sur le territoire, animés par Santé publique France. Les financements sont complexes et impliquent acteurs locaux, hôpitaux, Inserm, l'Institut national du cancer... Pour être utiles, les registres doivent couvrir 20 % de la population. C'est le cas en France, puisque ces registres couvrent 19 % des naissances. Quand on repère un cas d'anomalie, ce cas est systématiquement évalué par les équipes d'épidémiologistes de Santé publique France. Entre 2009 et 2014, il y a eu sept cas dans l'Ain. Ce n'est pas un excès par rapport à la moyenne nationale. Il y a eu un excès de cas en Bretagne et en Loire-Atlantique. Nous maintenons donc la surveillance. Les registres doivent répondre à des critères de qualité très particuliers pour être financés. Ils sont évalués par un comité scientifique indépendant. Certains registres disparaissent s'ils ne sont pas assez robustes.

Le plan de lutte contre les addictions est rédigé par la mission interministérielle, parce que beaucoup d'actions concernent aussi les douanes ou l'Éducation nationale. Il sera dévoilé d'ici la fin octobre. Il fait entièrement partie du plan prévention santé. J'attends donc avec impatience sa publication.

Le cri d'alarme de la fonction publique hospitalière, je le connais, et le plan « Ma santé 2022 » vise à y répondre. C'est vrai que les hôpitaux ont pâti depuis des années d'un rabet permanent, avec une baisse des tarifs. Si je ne suis pas responsable de la situation que j'ai trouvée à mon arrivée, j'ai décidé de réagir avec un plan qui prend en compte la nécessité de mieux organiser la médecine de ville, pour que l'hôpital ne pâtisse pas de cette désorganisation.

Cela dit, tout ne repose pas sur des rallonges budgétaires. Il va falloir réinvestir, mais nos hôpitaux ne sont pas organisés de façon suffisamment rationnelle. En particulier, dans beaucoup d'hôpitaux locaux, certains plateaux techniques ne sont pas en situation de rendre un service de qualité. C'est le résultat de la dispersion des moyens financiers et humains. La gradation des soins hospitaliers va permettre de repenser le système et de le rendre plus efficient : il faut une masse critique, par exemple, autour de la radiologie ou de la cardiologie interventionnelles. Il faut donc une rallonge budgétaire, et nous la donnons. Notez d'ailleurs que les 400 millions d'euros que représente le desserrement de l'Ondam seront repris dans les Ondam suivants, de sorte qu'on aboutira à 1,6 milliard d'euros supplémentaires.

Dans le forfait hospitalier, il existe une participation forfaitaire de 18 euros pour les actes coûteux au-delà de 120 euros. Les conditions de fixation de cette participation ne sont pas logiques : un acte qui coûte 100 euros supporte une participation plus élevée qu'un acte qui coûte 120 ou 130 euros ! Je ne m'interdis pas de revoir ses règles, mais il paraissait opportun de rééquilibrer immédiatement entre les actes les plus coûteux et les moins coûteux, d'autant que ce forfait hospitalier est pris en charge par les complémentaires santé.

Ma réforme vise à sauver l'hôpital. Nous veillons à la résorption des déficits, et nous accompagnons nombre d'hôpitaux : aides de trésorerie, aide à l'investissement... Le milliard d'euros de déficit des hôpitaux publics est la conséquence de l'absence de décisions suffisamment transformantes dans les dernières années.

Je souhaite relancer les soins palliatifs. Nous ferons une campagne d'information sur les directives anticipées.

Quant à la pertinence des soins, j'en ai fait mon cheval de bataille depuis que je suis médecin ! Sauf un rapport du Sénat, personne n'en avait jamais parlé avant que je produise ce plan.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Nous avons été précurseurs.

**Mme Agnès Buzyn, ministre.** – L'assurance maladie évaluée à 10 milliards d'euros les soins non pertinents. Nous visons une tarification à la pertinence des parcours et des actes.

Comment graduer les soins ? Certains CHU sont purement de recours – c'est le cas de l'AP-HP. D'autres proposent vraiment une offre de proximité. Il faudra donc s'adapter en fonction des territoires. Le CHU doit porter les activités de haute technicité, comme la transplantation. Mais la radiologie interventionnelle, par exemple, peut être faite dans des hôpitaux généraux ou régionaux. Les hôpitaux locaux se transforment en 500 ou 600 hôpitaux de proximité. Nous n'en créerons, ni n'en supprimerons, aucun. Nous ne créerons pas de dispensaires, mais nous avons tout un budget pour créer de nouvelles structures : centre de santé ou maisons de santé pluriprofessionnelle. Nous allons donc doubler les structures de coopération interprofessionnelles avec 1 000 maisons de santé ou centres de santé supplémentaires au cours du quinquennat.

*Sur la question des prix des médecins intérimaires, j'ai pris un décret encadrant très strictement le recours à l'intérim, avec des mesures transitoires en 2019. Ce décret fixe un plafond par jour de 1 287 euros, qui passera à 1 170 euros par jour 2020. Merci de me signaler les dérives car je suis dans un bras de fer avec ces professionnels. J'ai demandé aux ARS de veiller à ce que nul ne dépasse le plafond.*

*J'ai saisi la Haute Autorité dès mon arrivée pour savoir s'il fallait élargir la vaccination contre le HPV aux garçons, comme le font l'Angleterre ou l'Australie. Le cancer du col de l'utérus est le seul cancer qui pourrait être totalement éradiqué. Au lieu de cela, nous avons 3 600 cas par an, et 1 500 décès. Inacceptable ! La question des garçons se pose car, en dehors du cancer du col, il y a le cancer du canal anal et les cancers ORL. C'est un enjeu de santé publique et j'attends les conclusions de la Haute Autorité de santé pour savoir si nous devons élargir la vaccination aux garçons, voire la rendre obligatoire.*

*La vaccination des personnels de santé contre la grippe était une obligation mais elle ne l'est plus. En effet, le bénéfice individuel de la vaccination antigrippale pour les professionnels de santé jeunes n'était pas avéré. Le bénéfice étant purement collectif, on ne pouvait pas l'imposer. Nous réfléchissons à des méthodes d'incitation, par exemple en obligeant les personnes non vaccinées à porter un masque.*

*Je ne suis pas favorable au financement par un acte de l'activité physique : sinon, il faudra aussi financer les fruits et les légumes ! Je préfère un financement dans le cadre du forfait de prise en charge des pathologies chroniques ou de l'obésité de l'enfant. La ministre des Sports met d'ailleurs en œuvre un plan sport et santé.*

*Sur la santé transfrontalière, je n'ai pas la réponse à votre question.*

*Les 4 000 assistants médicaux et les 1 000 CPTS sont financés. Ces derniers concernent les bassins de vie comprenant entre 20 000 et 100 000 personnes. Mais ce n'est qu'un ordre de grandeur. Un territoire rural de 10 000 habitants pourra en bénéficier.*

*Il est interdit d'opérer les cataractes en cabinet !*

*Pour les Ehpad, nous finançons des postes d'infirmières et d'aides-soignantes avec 125 millions d'euros dès cette année et 360 millions d'euros sur cinq ans. Nous créons des postes d'infirmières de nuit, plus ou moins mutualisées selon les territoires. Nous installons la téléconsultation dans tous les Ehpad. Nous souhaitons mettre en place des équipes mobiles de gériatrie, portées par les hôpitaux de proximité. Bref, nous allons nettement améliorer la situation dans les deux ou trois prochaines années.*

**M. Gérard Dériot, président.** – Je vous remercie.

*Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).*

**M. Didier Migaud,**  
Premier président de la Cour des comptes

*Réunie le 10 octobre 2018, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes.*

*M. Alain Milon, président. – J'ai plaisir à accueillir M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes, qui vient présenter devant notre commission le rapport annuel de la Cour sur les lois de financement de la sécurité sociale. Pour cette présentation, M. Migaud est accompagné de M. Denis Morin, président de la sixième chambre, de M. Roch-Olivier Maistre, rapporteur général de la Cour, et de M. Jean-Pierre Viola, conseiller maître, rapporteur général du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.*

*Cette présentation marque traditionnellement le début de nos travaux sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Celui-ci devait être délibéré ce matin en Conseil des ministres et nous entendrons dès cet après-midi les ministres concernés avant de recevoir, à partir de la semaine prochaine, les dirigeants des différentes branches.*

*Le rapport de la Cour est toujours très riche d'enseignements. J'avais exprimé le vœu auprès de vous, monsieur le premier président, de voir ce rapport présenté plus tôt dans l'année, au cours d'une séquence consacrée à l'application de la loi de financement. J'ai cru comprendre que ce vœu pourrait devenir une perspective lorsque vous vous êtes exprimé devant l'Assemblée nationale au cours du printemps de l'évaluation. Je m'en réjouis.*

*M. Didier Migaud, Premier président de la Cour des comptes. – Je suis heureux de vous présenter aujourd'hui l'édition 2018 de notre rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Ce rapport est établi chaque année dans le cadre de la mission d'assistance de la Cour des comptes au Parlement et au Gouvernement. Il accompagne aujourd'hui le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, qui est présenté aujourd'hui en Conseil des ministres et sera examiné sous peu par votre commission.*

*Institution-clé sur laquelle reposent la solidarité et la cohésion nationales, la sécurité sociale connaît depuis de trop nombreuses années une situation financière fragilisée. Les travaux que nous publions nous conduisent année après année à analyser la trajectoire des comptes sociaux et à formuler des recommandations pour parvenir à un équilibre durable de la sécurité sociale. C'est à cet exercice que nous nous sommes livrés cette année encore.*

*Le rapport que nous vous présentons formule trois constats. Tout d'abord, la sécurité sociale renoue – ou va renouer – avec l'équilibre financier, mais sa trajectoire financière doit être pilotée fermement afin d'inscrire cet équilibre fragile dans la durée.*

*Deuxièmement, pour que cet équilibre soit durable, il convient de mobiliser beaucoup plus activement les marges d'efficience que recèle notre système de santé. Notre rapport fournit à cet égard plusieurs illustrations. Enfin, l'organisation et le fonctionnement de la sécurité sociale comportent en eux-mêmes d'importantes marges de progrès. La Cour en a, cette année encore, identifié quelques-unes.*

*Au travers de ces trois constats, la Cour exprime un message simple : pour que le retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale soit durable, il est nécessaire de remédier aux fragilités qui perdurent dans notre système de protection sociale.*

*Je commencerai d'abord par l'appréciation que porte la Cour sur la situation financière de la sécurité sociale.*

*S'agissant du déficit de la sécurité sociale, la France revient de loin. Depuis les années 1990, la sécurité sociale a accumulé plus de 280 milliards d'euros de déficits. En 2010, au plus fort de la récession économique, le déficit de la sécurité sociale a atteint près de 30 milliards d'euros. Depuis 2011, il connaît une réduction continue.*

*L'année 2017 confirme cette tendance. Le déficit agrégé de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est ainsi établi à 4,8 milliards d'euros, contre 7 milliards d'euros en 2016.*

*La Cour salue cette évolution bienvenue. Elle met toutefois en lumière quatre points d'attention moins favorables. Tout d'abord, si le déficit de la sécurité sociale se réduit, sa résorption est très progressive. Ensuite, le déficit 2017 du régime général et du FSV, s'il est globalement conforme à la prévision actualisée de la loi de financement pour 2018, a dépassé de 1 milliard d'euros la prévision initiale de la loi de financement pour 2017. Troisième constat, il existe des écarts significatifs entre branches. Cette année encore, l'assurance maladie et les retraites ont enregistré des déficits, de 4,9 milliards d'euros pour l'assurance maladie et de 1,1 milliard d'euros pour la branche vieillesse et le FSV. Dernière préoccupation, et non la moindre : la baisse du déficit de la sécurité sociale en 2017 est essentiellement attribuable aux effets d'une conjoncture économique favorable sur les recettes.*

*Par conséquent, le déficit de la sécurité sociale pour 2017 conserve une part structurelle élevée, que la Cour évalue entre 3 et 4 milliards d'euros. Or, tant que la sécurité sociale n'aura pas atteint un équilibre à caractère structurel, elle ne connaîtra pas d'équilibre pérenne sur la durée des cycles économiques, dans lequel les déficits de certaines années provoqués par une dégradation de la conjoncture sont compensés par les excédents des années où celle-ci est plus faste. C'est le seul moyen d'éviter que ne se constitue une dette sociale durable.*

*Précisément, c'est ce que la France n'est pas parvenue à faire dans les années 2000 : les déficits structurels se sont accumulés en période de croissance et les prélèvements ont été accrus à la suite de la récession de 2009, ce qui a pesé sur la reprise de l'activité. En raison des déficits, la dette sociale a augmenté de façon ininterrompue jusqu'en 2014. En 2017, nos concitoyens ont acquitté plus de 15 milliards d'euros de prélèvements sociaux pour rembourser la dette sociale et en payer les intérêts.*

*J'en viens à 2018. Selon le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, présenté ce matin en conseil des ministres et dont les grandes lignes ont été annoncées le 25 septembre dernier, le déficit de la sécurité sociale atteindrait 1 milliard d'euros en 2018, soit une baisse de 1,2 milliard d'euros par rapport à la prévision de la loi de financement pour 2018. Cette nouvelle prévision prend en compte une accélération des dépenses sociales de 2,4 % et se fonde sur l'hypothèse d'une masse salariale aussi dynamique en 2018 qu'en 2017, c'est-à-dire en hausse de 3,5 %, malgré le ralentissement de la croissance économique.*

*Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 prévoit par ailleurs un retour à l'équilibre de la sécurité sociale en 2019, avec un léger excédent de 700 millions d'euros pour le régime général et le FSV.*

*On ne peut bien sûr que se réjouir de cette embellie, qui constitue une première depuis 2001. Mais, là-encore, elle doit être nuancée. L'assurance maladie conserverait en effet un déficit, certes ramené de 4,9 milliards d'euros en 2017 à 500 millions d'euros. Pour sa part, le déficit des retraites, FSV compris, se maintiendrait à 1,1 milliard d'euros.*

*Pour 2019 et les années suivantes, le Gouvernement indique vouloir réaliser trois objectifs concomitants : maintenir la sécurité sociale à l'équilibre, rééquilibrer ses relations avec l'État en faveur de ce dernier et éteindre la dette sociale maintenue à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos).*

*Ces objectifs appellent deux remarques.*

*D'abord, s'agissant des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, comme la Cour l'a relevé l'an dernier, le redressement financier de la sécurité sociale a été principalement assuré par des hausses de prélèvements, ainsi que par la surcompensation par l'État du coût des allègements généraux de cotisations. Selon le projet de loi de financement pour 2019, cette situation évoluerait. Ainsi, les nouvelles baisses de prélèvements – pour ceux qui sont affectés à la sécurité sociale – seraient supportées par celle-ci. En outre, le coût de la transformation du CICE en allègements généraux de cotisations serait partagé entre l'État et la sécurité sociale.*

*S'agissant de la dette sociale, la Cour ne peut que souscrire à l'objectif d'une extinction complète. Cette dette s'est accumulée du fait des déficits enregistrés depuis les années 1990. Depuis 2015, la réduction continue du déficit de la sécurité sociale et les excédents croissants de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) conduisent à la réduire chaque année de plus en plus, de près de 15 milliards d'euros en 2017.*

*Selon les prévisions, la Cades achèvera en 2024 de rembourser les 260,5 milliards d'euros de dette sociale qui lui ont été transférés depuis 1996.*

*Au-delà, le projet de loi de financement pour 2019 engage le remboursement des 23,4 milliards d'euros de dette financés par l'Acos par des emprunts à court terme exposés au risque d'une remontée des taux d'intérêt. Il prévoit ainsi de réaffecter 5 milliards d'euros de recettes de CSG à la Cades entre 2020 et 2022 afin de lui permettre de reprendre au plus 15 milliards d'euros de dette. Les 8 milliards d'euros restants seraient amortis par les excédents du régime général et du FSV. Les transferts financiers vers la Cades et l'État viendraient contenir ces mêmes excédents aux alentours de 1 milliard d'euros à partir de 2020.*

*Vous l'aurez compris, la réalisation simultanée des trois objectifs annoncés par le Gouvernement est très tributaire de l'évolution de la conjoncture économique. Elle nécessitera un pilotage ferme de la trajectoire financière de la sécurité sociale et des efforts de maîtrise des dépenses dans la durée.*

*J'en viens à présent au second message formulé par la Cour : pour que le retour de la sécurité sociale à l'équilibre soit durable, il convient d'agir sur la situation dégradée de l'assurance maladie.*

*En dehors du rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale que je vous présente aujourd'hui, la Cour a fréquemment l'occasion de travailler avec votre commission sur des questions de santé – comme sur beaucoup d'autres – et je m'en réjouis. En application de l'article LO. 132-3-1 du code des juridictions financières, elle lui communiquera ainsi à la fin de cette année un rapport sur les centres hospitaliers universitaires (CHU).*

*Pour la huitième année consécutive, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été respecté en 2017. Ces dépenses ont progressé de 2,3 %. Comme en 2015 et 2016, on observe toutefois un dépassement de l'enveloppe prévisionnelle de soins de ville, qui a atteint 600 millions d'euros.*

*À la différence des années précédentes, ce dépassement a été pour partie compensé par un fort ralentissement de l'activité hospitalière. Cette moindre activité, qui n'avait pas été anticipée, a contribué au respect de l'Ondam. Mais elle a un revers. En effet, les tarifs hospitaliers ont été fixés en fonction d'une prévision d'augmentation du volume d'activité des établissements de santé. Le fait que cette hausse ne se soit que partiellement produite a conduit à porter le déficit des hôpitaux publics de 439 millions d'euros en 2016 à 835 millions d'euros en 2017 pour leur budget principal.*

*Malgré le desserrement de l'Ondam à 2,3 % en 2018, puis à 2,5 % en 2019, afin d'accompagner le plan « Ma santé 2022 », l'objectif sera difficile à tenir. En effet, le cumul des augmentations de rémunérations accordées aux acteurs du système de santé – professionnels libéraux, établissements, fonctionnaires hospitaliers, fabricants de produits de santé – pèse sur l'évolution tendancielle des dépenses financées par l'assurance maladie.*

*Il résulte de ce que je viens de vous exposer qu'il est indispensable d'établir de manière plus rigoureuse les prévisions d'évolution tendancielle des dépenses et celles des économies nécessaires à la réalisation de l'objectif de dépenses. Ensuite, en cours d'année, il est nécessaire de mettre à contribution l'ensemble des secteurs de soins pour assurer la tenue de l'objectif de dépenses, y compris les soins de ville qui en ont été exemptés à ce jour. La Cour préconise ainsi d'instaurer une réserve prudentielle pour les dépenses de soins de ville, comme c'est déjà le cas pour les établissements de santé et les établissements médico-sociaux.*

*Au-delà du cadrage annuel des dépenses d'assurance maladie, c'est sur la structure même de notre système de santé qu'il faut agir. À cet égard, la Cour s'est livrée dans ce rapport à un exercice particulièrement riche de comparaison des évolutions récentes des systèmes de santé et de prise en charge des dépenses qui sont intervenues dans huit pays européens.*

Plusieurs d'entre ces pays, tout particulièrement ceux affectés par la crise des dettes souveraines, ont été contraints de réduire la prise en charge publique des dépenses de santé. Malgré une conjoncture dégradée, la France ne s'est pas engagée dans cette voie : la part des dépenses de santé socialisée par l'assurance maladie équivaut aujourd'hui globalement à celle de 2008.

Ce qui retient en revanche l'attention pour notre pays, c'est le fait que nos voisins ont réformé beaucoup plus en profondeur l'organisation des soins que nous ne l'avons fait. Ainsi, ils régulent plus fortement la médecine de ville en fonction d'objectifs de santé publique. Les médecins y prescrivent beaucoup plus souvent des médicaments génériques que chez nous. Souvent, le secteur hospitalier y a été restructuré plus en profondeur, qu'il s'agisse du nombre de lits ou de la hiérarchisation des missions des hôpitaux à l'échelle des territoires. Enfin, les données numériques de santé y sont souvent utilisées à grande échelle. En France, à l'inverse, la prescription électronique par les médecins en est encore à un stade expérimental et la généralisation du dossier médical partagé s'engage à peine.

En fait, ces comparaisons soulignent la nécessité d'améliorer l'efficacité de notre système de santé afin d'assurer sa soutenabilité sur le long terme. Pour cela, plusieurs leviers doivent être activement mobilisés. Je vais en présenter quatre.

À l'évidence, la prévention est le tout premier levier d'efficacité de notre système de santé. Notre rapport développe ainsi le cas des maladies cardio-vasculaires. Ce sont des maladies qui s'étendent : 4,5 millions de malades chroniques aujourd'hui, 8 % de la population française en 2020. Pourtant, cette situation n'a rien d'inéluctable puisqu'il est possible d'agir sur leurs principaux déterminants : le tabac, l'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a ainsi programmé une forte augmentation du prix du tabac, portant de 6,80 € à 10 € le prix moyen du paquet de cigarettes entre 2017 et 2020. La première augmentation d'un euro, intervenue en mars 2018, a entraîné une forte baisse de la consommation de tabac : le signal-prix a eu des conséquences heureuses.

Il importe de mener à terme ces hausses de prix et d'agir avec la même détermination sur les autres habitudes de vie qui favorisent les maladies cardio-vasculaires. À cette fin, la Cour préconise notamment un relèvement des impôts sur les alcools et les boissons sucrées.

Le deuxième levier qu'il convient d'actionner est celui de la qualité et de la sécurité des soins. Il s'agit de privilégier le mode de prise en charge le plus adapté à la situation des patients.

À cet égard, le mode ambulatoire, quand il est médicalement justifié, a des bénéfices démontrés. Pourtant, le virage ambulatoire de notre système de santé est inégalement engagé. À l'hôpital, les prises en charge de jour, sans nuitées, ont beaucoup progressé en chirurgie, tout en conservant un important potentiel de développement. Faut-il incitations tarifaires en ce sens, elles stagnent en revanche en médecine. Par ailleurs, les conséquences du virage ambulatoire sur les capacités hospitalières en lits tardent à se manifester.

*Quant au basculement des prises en charge de l'hôpital vers la ville, il achoppe sur l'atomisation des professionnels libéraux de santé. La croissance continue du recours aux urgences – plus de 21 millions de passages en 2016, + 4 % chaque année environ – témoigne de l'ampleur de l'effort d'organisation des soins de ville à accomplir. Ce sujet est bien connu de votre commission.*

*Comme le montre le cas des maladies cardio-neurovasculaires, améliorer la qualité des prises en charge à l'hôpital, c'est aussi remédier à la fragmentation de l'offre de soins. La Cour recommande à ce titre d'unifier le régime des autorisations sanitaires, aujourd'hui dispersées, de fixer des seuils d'activité pour les nombreuses activités qui n'en ont pas encore, de relever les seuils quand ils sont trop bas et d'appliquer effectivement les autorisations et seuils fixés.*

*Le troisième levier d'évolution de notre système de santé est une structuration mieux assurée du premier recours aux soins. Le rapport examine cette année la situation de plus en plus problématique que présentent les soins visuels.*

*Dès à présent, la répartition inégale des ophtalmologues sur le territoire pénalise nombre de nos concitoyens pour obtenir une consultation dans un délai raisonnable. A organisation inchangée, ces difficultés d'accès aux soins vont s'accroître.*

*Du fait des décisions de resserrement du numerus clausus et du nombre de places à l'internat qui ont été prises de la fin des années 1980 à 2010, le nombre d'ophtalmologues va beaucoup diminuer jusqu'en 2030. Avec l'augmentation de la population, la densité d'ophtalmologues va baisser encore davantage, de l'ordre de 20 % en moyenne. Le temps médical disponible par patient chutera encore plus.*

*Or, les réponses apportées à ce jour à cette pénurie croissante sont insuffisantes. La Cour préconise qu'à l'instar de ce qu'on voit dans d'autres pays, et notamment au Royaume-Uni, les orthoptistes et les opticiens, dont la démographie est dynamique, prennent davantage en charge une partie des tâches aujourd'hui assumées par les ophtalmologues.*

*Les orthoptistes pourraient ainsi assurer en toute autonomie les soins de premier recours, notamment les bilans visuels et les prescriptions d'équipements d'optique médicale. Les opticiens-lunetiers prescriraient des équipements d'optique en première intention, et non pas uniquement au titre de renouvellements.*

*Ces évolutions supposent bien entendu des garanties et des encadrements, notamment un approfondissement de la formation des professionnels concernés. Elles sont cependant capitales.*

*Le quatrième et dernier levier de modernisation de l'assurance maladie que présente ce rapport concerne la tarification de certains actes et biens de santé.*

*Pour s'en tenir aux soins visuels, la Cour relève un ensemble de surcoûts à remettre en cause, par exemple le niveau des prix des médicaments utilisés pour le traitement d'une pathologie répandue, la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) humide. Il est non moins impératif de réviser rapidement la nomenclature médicale des actes d'ophtalmologie pour prendre en compte les gains de productivité permis par le progrès des techniques.*

---

*Avant d'aborder la troisième et dernière partie de mon propos, je me permettrai une remarque supplémentaire s'agissant de l'avenir de notre système de santé. La plupart des orientations du plan « Ma santé 2022 », annoncé par la ministre des solidarités et de la santé, rejoignent des recommandations que la Cour a formulées dans de précédentes publications ou dans son rapport d'aujourd'hui. La Cour suivra avec attention la mise en œuvre de ce plan – car, plus que le diagnostic, ce sont les actes qui comptent !*

*De manière générale, les faiblesses de notre système de santé et les évolutions qui permettraient d'y remédier font l'objet d'analyses convergentes. Vous les avez, pour beaucoup d'entre elles, également formulées dans vos travaux parlementaires. Et pourtant, les actes tardent depuis longtemps à venir.*

*Dans ses travaux – et ce rapport ne fait pas exception – la Cour souhaite ainsi exprimer une conviction forte : avant qu'il ne soit questions de moyens supplémentaires, c'est d'une refonte en profondeur de son organisation dont notre système de santé a besoin, au bénéfice de la prévention des accidents et des pathologies de santé et de la qualité des prises en charge.*

*J'achèverai mon propos sur un troisième et dernier constat, celui des marges de progrès qui demeurent dans l'organisation et le fonctionnement mêmes de la sécurité sociale. J'évoquerai successivement trois leviers qui sont présentés dans ce rapport : la réforme de la tarification des risques professionnels, l'utilisation de l'ensemble des apports de la déclaration sociale nominative et la réorganisation des missions des caisses de sécurité sociale de trois départements d'outre-mer.*

*S'agissant de l'amélioration de la santé au travail, la Cour a souhaité apporter sa contribution à la réflexion engagée par le Gouvernement et par le Parlement. Dans son rapport, elle s'est ainsi penchée sur la tarification des risques professionnels, c'est-à-dire la fixation annuelle des taux de cotisation d'accidents du travail et de maladies professionnelles que doivent appliquer les employeurs.*

*Les règles juridiques qui président à la fixation de ces taux de cotisation sont très complexes, et les processus de gestion qui concourent à les calculer et à les appliquer, particulièrement lourds. Pour autant, le mode de calcul des taux mutualise trop le financement des prestations imputables à des accidents du travail et à des maladies professionnelles, au détriment de leur prévention. La Cour invite par conséquent les pouvoirs publics à s'affranchir du statu quo et à fixer un cap clair en faveur de la prévention. Entre autres recommandations, elle préconise ainsi de relever fortement les taux de cotisation des entreprises dont la sinistralité est anormalement élevée dans leur propre secteur d'activité, de mutualiser le financement des maladies professionnelles différées au niveau des domaines d'activité concernés – et non plus dans le cadre interprofessionnel national – et de mettre fin aux avantages particuliers dont bénéficient certains secteurs.*

*Autre voie de progrès identifiée dans le cadre de ce rapport : la déclaration sociale nominative. La conception technique de cette déclaration mensuelle extraite des fichiers de paie et sa généralisation à l'ensemble des entreprises entre 2015 et 2017 ont été réalisées avec succès. Néanmoins, cet outil n'a pas encore tenu toutes ses promesses.*

*La Cour appelle ainsi à donner une nouvelle impulsion à ce chantier essentiel de modernisation. Il s'agit tout d'abord de rendre la DSN universelle, en lui intégrant les trois fonctions publiques ainsi que les déclarations qui en sont pour le moment restées à l'écart : déclarations sociales bien entendu, mais aussi fiscales, comme celle de la taxe sur les salaires.*

*Il s'agit aussi d'utiliser à grande échelle les données nominatives déclarées chaque mois par les employeurs afin d'améliorer le recours aux droits, d'assurer le paiement à bon droit des prestations et de lutter contre la fraude aux prélèvements et aux prestations.*

*J'aborderai en dernier lieu l'exercice de leurs missions par les caisses de sécurité sociale dans trois départements d'outre-mer : la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique.*

*Le contexte économique et social exigeant de ces trois départements pèse indéniablement sur les conditions d'exercice de leurs missions par les caisses générales de sécurité sociale (CGSS), spécifiques aux DOM, et par les caisses d'allocations familiales. Toutefois, au-delà de ce contexte, la Cour constate que les résultats de gestion ne sont pas au rendez-vous dans trois domaines clé : le recouvrement des prélèvements sociaux, la conformité des prestations versées aux règles de droit et, pour certaines caisses, les délais de paiement des prestations.*

*La Cour préconise non seulement la mise en œuvre urgente de mesures de redressement, mais aussi une redéfinition des missions mêmes des caisses : recentrage des CGSS sur la gestion de prestations, création d'une Urssaf inter-régionale et mutualisations d'activités entre caisses, y compris avec les caisses métropolitaines. À l'évidence, une rationalisation des organisations internes s'impose également.*

*Pour conclure, je souhaite insister sur le fait que, si un retour prochain à l'équilibre financier de la sécurité sociale est désormais possible – pour la première fois depuis 2001 – ce redressement reste fragile et dépendant de la conjoncture économique. Il doit être un accélérateur de réformes et non l'inverse. Parvenir à un équilibre structurel et donc pérenne des finances sociales est indispensable pour éviter que ne se reconstitue une dette sociale au détriment des générations futures. Derrière l'aridité apparente des chiffres se cache en effet un enjeu essentiel dont vous êtes les garants : sauvegarder la fonction centrale de solidarité que remplissent les dépenses de sécurité sociale pour nos concitoyens.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *Merci pour ce rapport, toujours très précieux à la veille du débat sur le PLFSS, et qui sera utile aussi pour l'examen de la loi sur la santé.*

*Vous insistez sur le caractère durable que doit présenter le redressement des comptes de la sécurité sociale, et sur la nécessité d'apurer la dette de l'Acoss et de la Cades dans les délais prévus. Le niveau des prélèvements prévus par l'État sur les comptes de la sécurité sociale vous paraît-il compatible avec ces objectifs ? Sont prévus un prélèvement d'1,5 milliard d'euros en 2020, un autre de 3,5 milliards d'euros en 2021, et des prélèvements de 5 milliards d'euros à partir de 2021... Cela n'empêchera-t-il pas l'extinction de la dette à court terme ? Vous publiez un référé préconisant de réformer la taxe sur les salaires, dont le produit finance la sécurité sociale.*

Le Gouvernement vous a-t-il fait part de ses commentaires ? Enfin, la Cour appelle à ce que la régulation infra-annuelle de l'Ondam concerne les dépenses de ville. Quels leviers vous semblent opportuns pour procéder à cette régulation ?

**M. Jean-Noël Cardoux, président de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss).** – L'embellie qui nous rapproche de l'équilibre est conjoncturelle et, déjà, en termes de croissance, la France est en queue de peloton. Quand on voit le contexte international – fermetures de frontières commerciales, Brexit... – on ne peut que craindre un effet négatif sur l'équilibre de la sécurité sociale. Le prenez-vous en compte dans vos anticipations ?

Persévérer finit toujours par aboutir : voilà trois ans que j'interroge le Gouvernement sur la nécessité de transférer les déficits cumulés de l'Acoss à la Cades. M. Eckert avait épuisé les autorisations données par le Parlement. La situation actuelle est mi-figue, mi-raisin : un transfert sur trois ans, mais pas intégral... Les 28 milliards d'euros de reliquat sont-ils liés à un déficit de trésorerie récent, ou sont-elles le résultat du cumul des déficits précédents ? Le Gouvernement prévoit un prélèvement sur la CSG – décidément bonne à tout ! – mais n'aurait-il pas été plus judicieux de recourir à la CRDS ? Le Gouvernement compte d'ailleurs, pour moitié, sur des excédents à venir. C'est risqué : les taux d'intérêt à court terme peuvent remonter, et rien ne garantit que la conjoncture reste bonne. Mieux vaudrait attendre de connaître des excédents. Lorsque le déficit global de l'Acoss sera gommé, il sera temps de diminuer les cotisations...

**Mme Catherine Deroche, rapporteur (Assurance-maladie).** – Vous préconisez comme sur l'Ondam hospitalier une réserve prudentielle sur les dépenses des soins de ville, dont l'enveloppe est systématiquement dépassée - et non en raison de transfert de la médecine ambulatoire, qui n'est pas encore si développée, mais à cause du vieillissement de la population et de la chronicisation de certaines pathologies comme les cancers. Dans la stratégie de transformation du système de santé, le volet modes de financement et de régulation mentionne, pour une gestion de l'Ondam plus transparente et rigoureuse, des mécanismes d'alerte par sous-objectif et un fond de lissage dans une vision pluriannuelle. Comment voyez-vous la mise en place ces outils ?

La Cour des comptes analyse de façon intéressante les expériences étrangères. Alors que tous les autres pays ont fait le choix d'un resserrement du panier de soins, la France choisit une réforme tendant au reste à charge zéro ou un « panier 100 % santé ». L'impact financier vous paraît-il maîtrisé ?

La filière visuelle est l'une de celles qui s'est le mieux organisée ces dernières années, même si des progrès restent à faire.

Sur la déclaration sociale nominative, le Président de la République disait hier aux start-upers que l'Urssaf est leur ami : partagez-vous ce point de vue ? Vous pouvez répondre à cette question... ou brandir un joker !

**Mme Élisabeth Doineau, rapporteure (Famille).** – La branche famille n'a pas été évoquée ce matin, mais dans votre rapport de 2017 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, vous vous êtes livrés à une comparaison internationale des politiques familiales et à une évaluation des réformes conduites sous le précédent quinquennat.

*Les résultats sont indéniables, jugez-vous, mais la politique familiale « généraliste et aux ambitions multiples » laisse subsister des domaines où l'action pourrait être plus résolue, pour l'accueil des enfants en bas âge, pour résorber la pauvreté sévère, notamment des familles monoparentales, ou encore pour une meilleure prise en charge du coût du premier enfant. Les mesures présentées par Mme Buzyn vont-elles dans le sens de vos préconisations ?*

*Enfin, au dernier chapitre de ce rapport, vous évoquiez les caisses de Guadeloupe, de Martinique et de Guyane, et proposez, au titre des mesures de redressement, une scission entre prestations et recouvrement, en créant une Urssaf interrégionale. Le diagnostic est-il partagé par les directions et le personnel des caisses ? Une telle réorganisation ne provoquerait-elle pas de vives tensions sociales ?*

**M. Gérard Dériot, rapporteur (AT-MP).** – *La branche AT-MP est la seule excédentaire depuis plusieurs années : le rapporteur que je suis a des soucis de riche ! Quoi qu'il en soit, à taux de cotisation inchangé, les capitaux propres de la branche atteindraient 8 milliards d'euros en 2020. L'ajustement des cotisations à la baisse est-il inéluctable ? La part individualisée du taux liée à la sinistralité de l'entreprise est déjà largement minoritaire : la baisse doit-elle s'appliquer uniformément à toutes les majorations, ou sur certaines en particulier ?*

*Les dépenses relatives aux maladies professionnelles imputées au compte spécial sont importantes. Cela favorise-t-il la responsabilisation des employeurs ? Quels seraient les moyens opérationnels et juridiques pour garantir des procédures homogènes pour la recherche des responsabilités ?*

*Quant à la majoration des cotisations en cas de sinistralité très élevée, que vous suggérez pour améliorer la prévention, n'est-elle pas difficile à mettre en place dans le cas des petites entreprises, soumises à un taux collectif ?*

**M. René-Paul Savary, rapporteur (branche Retraites).** – *Les écarts entre la prévision et le réalisé sont considérables dans les lois de financement ces dernières années : en 2017, le déficit s'est établi à moins un milliard d'euros, contre 2,2 milliards prévus. Même chose pour 2018... Sur 2017, vous notiez que les transferts prévisionnels de recettes entre branches gonfleraient artificiellement les recettes de la branche vieillesse pour plus de 3 milliards d'euros à horizon 2020. Les déficits sont fluctuants : on arriverait à l'équilibre, mais quelle est la fiabilité des socles des branches, qui dépendent essentiellement de facteurs conjoncturels ? Pour la branche vieillesse, une partie des régimes de base dépendent de cotisations, donc de la masse des salaires ; le FSV, lui, reçoit des recettes qui dépendent des produits du capital, donc de la croissance. N'y a-t-il pas de meilleurs critères, conduisant à une évaluation plus fiable ?*

**M. Didier Migaud.** – *Le Gouvernement poursuit trois objectifs dans le PLFSS : maintenir la sécurité sociale à l'équilibre retrouvé, éteindre la dette sociale restée à l'Acoss, rééquilibrer les relations entre l'État et la sécurité sociale dans un sens plus favorable au premier. Dans le rapport de 2017 que vous avez cité, nous observions que les augmentations de prélèvements obligatoires depuis 2011 avaient été ciblées sur la sécurité sociale : 27 milliards d'euros entre 2011 et 2016. À cela s'ajoutaient une surcompensation d'allègements généraux de cotisations, 3 milliards à fin 2016. Car le gouvernement d'alors faisait du retour à l'équilibre de la sécurité sociale une priorité. Que la suite soit aujourd'hui un rééquilibrage des relations entre les deux peut se justifier - ce choix relève des politiques.*

*Le respect des objectifs est tributaire de la réalisation des prévisions de masse salariale et de croissance ; il exige un pilotage financier ferme et une maîtrise des dépenses en proportion des objectifs définis. En 2018, les deux derniers trimestres de 2018 devraient être meilleurs que les deux premiers et une croissance de 1,6 % est réalisable. Mais les incertitudes conjoncturelles, notamment au plan international, sont aujourd'hui plus élevées que dans le passé. Une réflexion s'impose donc sur les outils de pilotage financier de la sécurité sociale, afin que l'équilibre soit durable, au-delà des aléas de conjoncture et des réformes de structure. Nous avons recommandé de compléter le cadre rénové des relations financières État-sécurité sociale, en élaborant des modalités de traitement des variations conjoncturelles, et en renforçant l'encadrement des possibilités d'endettement de l'Acoss.*

*Soit l'État compense les variations de recettes en modulant ses transferts ; soit des fonds internes sont créés pour y loger les excédents conjoncturels dans le but de lisser les variations de cycles. Quelle que soit l'approche, nous estimons prudent de prévoir un mécanisme de lissage.*

*La taxe sur les salaires, soit 14 milliards d'euros de recettes, fait l'objet de trois préconisations de la Cour. Nous proposons de réviser le mode de calcul, soit en maintenant le barème progressif, mais au-delà du Smic, et avec un taux proportionnel au temps de travail ; soit en optant pour un taux unique. Nous proposons aussi de revoir l'assujettissement des établissements publics nationaux sans activité lucrative et des organismes de sécurité sociale, sous réserve d'une stricte neutralité financière, afin de remédier à la circularité de la taxe, car elle est en grande partie acquittée par des entités financées sur des fonds publics. Et nous proposons d'utiliser exclusivement la déclaration sociale nominative pour déclarer et payer la taxe. Le Gouvernement a annoncé qu'il répondrait sur ces points : je vous transmettrai ses conclusions.*

*L'endettement de l'Acoss s'établira à fin 2018 à 23,4 milliards d'euros. Lui faire porter une part si importante de l'endettement social crée une situation de risque, s'agissant d'emprunts à court terme, donc à forte exposition à la remontée des taux - et celle-ci est à présent entamée.*

*Le PLFSS interrompt l'augmentation de la dette sociale à l'Acoss, ce qui va plutôt dans le bon sens, et favorise le retour à l'équilibre des branches pour la première fois depuis 2001. Il réaffecte à la Cades des recettes de CSG, pour financer la reprise de 15 milliards de dette sans allonger la durée de vie de la caisse d'amortissement. Restent donc au sein de l'Acoss 8,4 milliards d'euros non transférés qui seront remboursés grâce aux excédents. Cela est gérable en conjoncture économique favorable. En cas de retournement, il faudrait sans doute revoir le dispositif.*

**M. Denis Morin, président de la 2<sup>ème</sup> chambre, Cour des comptes.** – *Sur la régulation infra-annuelle de l'Ondam, je veux indiquer qu'il y a eu différentes phases depuis 1996. L'objectif a été respecté en 1997, puis systématiquement dépassé en cours d'année, rebasé, dépassé à nouveau l'année suivante, et ce, jusqu'en 2010. Puis les gouvernements successifs ont considéré indispensable de respecter l'Ondam en cours d'exercice, pour la crédibilité financière du pays. Cependant, lorsque des dépassements ont été constatés sur la médecine de ville, ce sont les dotations au secteur hospitalier qui ont été gelées. Et la fixation des tarifs de la T2A a compris un coefficient prudentiel.*

*Dans le rapport 2017, nous estimions nécessaire de modifier cette régulation, les déficits hospitaliers ayant atteint un record ; et d'inclure dans chaque sous-objectif des mécanismes de régulation. C'est évidemment plus difficile dans la médecine de ville, mais pas impossible ; il faut procéder profession de santé par profession de santé, par la négociation conventionnelle, avec des accords prix-volume. Il en existe déjà un pour les biologistes, il fonctionne bien et porte tout de même sur 25 milliards d'euros. Pour les généralistes, on pourrait parvenir à un résultat similaire en modulant la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en fonction du respect du sous-objectif annuel de dépense. Il faudrait être capable de distinguer, au sein des soins de ville, une provision à débloquent lorsque le comité d'alerte se manifeste. Aux partenaires de négocier...*

*La trajectoire de la sécurité sociale dans les prochaines années dépendra bien sûr de la conjoncture. Passer d'un déficit de 8 milliards à un déficit de 30 milliards a pris deux ans ; mais il a fallu six ans pour faire le chemin inverse. C'est le jeu normal des stabilisateurs automatiques, dira-t-on : mais cela crée tout de même de la dette... Après 2024 et la fin de la Cades, comment génera-t-on une éventuelle réapparition de déficits ? Pour l'instant, les relations entre l'État et la sécurité sociale ont fait l'objet d'une approche paramétrique. L'an dernier, le premier a apporté à la seconde un montant supérieur au déficit, et il préempte par une clause de retour à meilleure fortune une partie des excédents futurs potentiels (1,5 puis 3 puis 5 milliards). L'approche systémique a été employée une seule fois, dans la loi pour 1994, lorsqu'a été voté le principe de la compensation par l'État de tous les allègements de cotisations. Notons que la performance française s'apprécie en prenant en compte le budget de toutes les administrations publiques, et les vrais enjeux se situent dans le niveau global de déficit (plus ou moins 3 % de PIB), et de dette (plus ou moins 60 % du PIB).*

*M. Cardoux a évoqué un possible relèvement de la CRDS. Augmenter l'impôt est-il une bonne ou une mauvaise chose ? Il ne m'appartient pas de le dire. Le Gouvernement a déjà fait le choix d'un transfert à la Cades, et d'une affectation de CSG vers la caisse d'amortissement. Les 8 milliards qui restent à l'Acoss seront financés par les excédents, lesquels dépendent de la conjoncture. Il n'est pas prévu d'imposition supplémentaire pour absorber la dette résiduelle.*

*La présentation du plan « Ma santé 2022 » comprend une note sur les mises en réserve au titre de la gestion prudentielle. Diverses approches sont possibles, la nôtre et celle développée dans la présentation du plan sont convergentes. Au Gouvernement et à la Cnam de décider les modalités de mise en œuvre...*

*Le panier de soins a subi l'impact de la crise depuis 2008 et nombre de pays ont eu plus de difficultés à se financer sur les marchés. Quant à l'Allemagne, elle a réduit le panier de soins et diminué la rémunération des acteurs de santé de 10 à 20 %, avec retour à meilleure fortune dans certains cas. La France a fait un choix différent, étendant le panier : peut-être la socialisation des dépenses de santé est-elle partie intégrante de notre pacte social ? La dépense a cependant cru de 700 millions d'euros, cela n'est pas négligeable pour l'assurance maladie.*

Dans le rapport, nous évoquons l'insuffisance du nombre des ophtalmologues, elle a un impact sur l'accès aux soins, y compris de premier recours. « Ma santé 2022 » énonce la nécessité d'organiser la gradation des soins, la délégation de tâches, au-delà du traitement des pathologies oculaires, afin de dégager du temps de consultation pour les médecins. Dans certaines zones, les défaillances affectent jusqu'aux prises en charge d'urgence. Les disparités territoriales sont considérables.

Nous n'avons pas étudié dans ce rapport la politique familiale, mais nous y avons effectivement consacré l'an dernier deux chapitres très riches, avec des comparaisons internationales - nous en incluons de plus en plus fréquemment dans nos travaux, car elles sont éclairantes. Nous avons souligné combien les mesures de 2013, 2014, avaient resserré certaines prestations, renforçant l'équité de la redistribution. Nous analyserons dans l'avenir les mesures prises par l'actuelle ministre.

**M. Didier Migaud.** - Nous aurons l'occasion d'y revenir avec un plus grand recul.

**M. Denis Morin.** - S'agissant des caisses outre-mer, le choix d'une organisation institutionnelle particulière est ancien. On constate effectivement un problème de gestion dans les CGSS et les CAF. Les trois caisses que vous avez mentionnées concentrent 11,5 % des incidents de paiement, mais seulement 0,9 % des recouvrements. Nous avons donc proposé une caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de niveau interrégional. On nous a répondu que notre proposition ne pourrait être étudiée avant le terme des actuelles conventions d'objectifs et de gestion, soit en 2023... Nous avons le temps de la peaufiner ! Il ne faut pas minimiser les risques sociaux liés à l'inertie du système : dans les pensions versées par ces CGSS, une sur trois est d'un montant erroné, contre un ratio national de 1 pour 10.

Nous avons évoqué dans le rapport les excédents de la branche AT-MP, qui pourraient atteindre 6 milliards d'euros en 2020, pour préconiser non pas une réduction du taux des cotisations, mais la constitution de fonds de réserve pour les années de basse conjoncture. La branche cependant est gérée paritairement, c'est un des derniers lieux de paritarisme absolu...

**M. Gérard Dériot, rapporteur.** – Du moins en apparence.

**M. Denis Morin.** – ...mais je pense que cette idée pourrait s'imposer auprès des gestionnaires. Nous appelons à corriger l'écart entre taux brut et taux net, 0,9 % et 2,34 % en moyenne, car les majorations sont appréhendées de façon très différente d'une caisse d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) à l'autre, notamment pour les imputations au compte spécial du coût des maladies professionnelles. En corrigeant l'écart entre le taux brut et le taux net, l'accent pourrait être mis sur le troisième objectif des caisses, outre le financement et la mutualisation, la prévention...

Les accidents du travail, après une baisse durant plusieurs années, connaissent un palier, voire, comme dans le secteur médico-social, une hausse. Nous nous sommes sentis autorisés à nous interroger sur la pertinence du signal prix ; nous suggérons aussi de ne plus comptabiliser les AT-MP par établissement, encore moins par section d'établissement, mais par entreprise, ce qui est plus lisible. Le dispositif AT-MP français est détaillé sur 25 pages quand en Allemagne, il suffit d'un paragraphe... Nous aimons la complexité !

*La signification des soldes de chaque branche s'est atténuée en raison de l'instabilité des règles d'affectation des différentes ressources entre les caisses. Le signal donné par le solde est pourtant parfaitement compris par les professionnels de santé ; il doit être honnête, calculé selon des règles stables. Il y a eu aussi les évolutions institutionnelles : le FSV a été créé en 1993, étendu, puis contracté, il pourrait être absorbé dans la branche vieillesse. Nous présentons toujours simultanément le déficit de la Cnav et déficit du FSV.*

**M. Yves Daudigny.** – *Merci de la qualité pédagogique de vos développements. Le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale est une bonne nouvelle, car la France était la seule grande démocratie à avoir laissé ainsi la dette sociale se creuser. Le résultat d'aujourd'hui est le fruit des actions engagées par le gouvernement précédent et poursuivies par l'actuel. Cependant pour la branche famille, nous n'avons pas de prévision de retour à l'équilibre ; et si certaines orientations du plan Santé font consensus, un point reste très sensible : la situation à l'hôpital. Les difficultés se répercutent sur l'ensemble des salariés ; les burn-out se multiplient. Nous sommes en outre, pour notre part, hostiles à la fin de l'indexation des pensions de retraite ou des allocations logement.*

*Votre rapport montre combien les résultats de 2017 et des années à venir dépendent de la conjoncture économique. Les prévisions internationales, pour le premier trimestre 2019, ne fragilisent-elles pas déjà le PLFSS que nous nous apprêtons à examiner ?*

*Un observateur des questions de sécurité sociale, dans un récent éditorial, dénonçait « un tsunami politique et social eu égard à nos traditions sociales » en matière de financement des dépenses sociales. Non-compensation d'exonérations de charges, prélèvements envisagés sur les excédents futurs... La stricte séparation entre budget de la Nation et budget de la sécurité sociale, depuis 1945, a été sensiblement infléchie ! Il y a eu la création de la CSG en 1991. Envisager à présent la non-compensation, c'est franchir une étape supplémentaire. J'y vois non seulement une source de fragilisation du financement de la sécurité sociale, mais aussi une menace pour son autonomie, même si cette dernière n'est peut-être plus qu'une illusion.*

*Vous évoquez des réformes de structure pour stabiliser l'équilibre dans l'avenir. Mais peut-on demander de nouveaux efforts de maîtrise des dépenses à l'hôpital sans mettre en danger l'accomplissement de ses missions ? La médecine de ville repose sur la pratique libérale : un mécanisme de régularisation est-il possible ? Il ne sera pas facile à mettre en œuvre...*

**Mme Christine Bonfanti-Dossat.** – *Dans la Stratégie nationale de santé 2018-2020, le Gouvernement a l'ambition de porter d'ici 2022 à 70 % le taux de chirurgie ambulatoire et à 55 % celui de la médecine ambulatoire, pour les séjours hospitaliers substituables. Nous en sommes aux balbutiements. Vous insistez sur la nécessité d'une tarification et d'un décloisonnement via les modes intermédiaires de prise en charge des soins, maisons de santé pluridisciplinaires ou soins à domicile. Tout cela est-il réalisable dans le calendrier prévu ? Et quelles sont selon vous les marges de manœuvre financières qui pourraient être dégagées ?*

**M. Michel Amiel.** – Vous signalez un recul des maladies neuro-cardio-vasculaires. Il a été obtenu grâce à la prévention. La taxe supplémentaire sur le tabac et les alcools, en revanche, n'est-elle pas contre-productive, quand un paquet de Marlboro est vendu 3,70 euros sur internet ? Ne vaudrait-il pas mieux, pardon du jeu de mots, « mettre le paquet » sur l'éducation à la santé ? Une ligne budgétaire distincte, au sein de la prévention, serait une amélioration.

Le virage ambulatoire marque des avancées pour la chirurgie, remarquez-vous : oui, mais beaucoup moins en ce qui concerne la médecine. En ce second domaine, le transfert recoupe largement la dépendance : sont concernées des personnes qui ne relèvent pas de l'hospitalisation mais d'une prise en charge médicale lourde. Le décloisonnement ville-hôpital, on en parle depuis vingt ans, mais on a bien du mal à le faire progresser...

Qu'attendre des annonces sur une suppression du numerus clausus ? Le nombre de médecins formé augmentera à 10 000, contre 9 000 aujourd'hui. Il faut quinze ans pour qu'un médecin devienne opérationnel. Comment fera-t-on dans la phase de transition ?

Les inégalités territoriales dans l'accès aux soins ne concernent pas seulement l'ophtalmologie. Ne devrait-on pas instiller une petite dose de coercitif en matière d'installation ? Les professionnels de santé y sont certes hostiles, mais les élus locaux ont un autre point de vue...

**M. Bernard Jomier.** – Merci à la Cour des comptes pour ces pistes de solution, ces diagnostics, qui peuvent faire consensus. Le chef de l'État a annoncé une accentuation du virage ambulatoire. Votre analyse prospective m'intéresse : comment assurer cette transition sans investissement, si l'on veut éviter les désordres et les mécontentements ? Comment changer les comportements afin de réduire l'activité des services d'urgence des hôpitaux ? À moyens constants, quels effets attendre pour l'hôpital ?

J'avais signalé l'an dernier à Nicolas Revel, lorsque j'étais au conseil de surveillance de l'AP-HP, que les services les plus avancés dans cette évolution connaissaient une dégradation de leur situation financière. Quels moyens de coordination ? Quelle gestion de cette transformation ? Elle s'applique rapidement aux activités simples bien valorisées en T2A, non aux activités complexes et moins rémunératrices.

Je suis partisan de ce virage, tout comme de la dévolution et du partage des tâches. La filière visuelle est celle qui a le plus progressé dans sa structuration, avez-vous dit. Mais cette dernière ne s'est pas encore totalement déployée. Dans cette attente, vous écarterez complètement les ophtalmologues d'une partie de l'activité : or au moins 30 % des investigations médicales n'ont pas de rapport avec l'objet initial de la visite du patient ! Il faut pousser au partage des actes, mais en conservant au médecin la faculté d'intervenir.

**M. Jean-Louis Tourenne.** – Des dépenses décidées par l'État sont à la charge de la sécurité sociale. Suppression du forfait social, 450 millions d'euros, exonération d'heures supplémentaires, 2,5 milliards, remplacement du CICE par une exonération de cotisations... En tout, 10 milliards qui pèseront sur la sécurité sociale. Et qu'advient-il en cas de retournement conjoncturel ? Il est impératif de constituer des réserves et de s'intéresser à l'amélioration de la situation à l'hôpital.

*Lorsque le Gouvernement envisage de ponctionner les excédents de la sécurité sociale, c'est un détournement de destination des cotisations sociales : elles financeront des routes ou des ponts ! N'y a-t-il pas d'obstacles juridiques à cette façon de revenir sur une tradition financière si ancrée ?*

*Le virage ambulatoire accroît la dette des hôpitaux, car il n'y a pas concomitance entre la diminution du nombre de jours d'hospitalisation et la réduction des moyens ; l'organisation ne peut s'ajuster instantanément. La dette s'accroîtra. Quant aux services spécialisés à domicile, sont-ils suffisamment dotés pour répondre à toute la demande ?*

*On affirme que le renchérissement du prix du paquet de cigarettes a diminué la consommation. Mais a-t-on la capacité d'évaluer le montant de la contrebande ?*

*Le droit pour les opticiens de réaliser des mesures mécaniques permettra à lui seul de réduire le délai d'attente pour un rendez-vous chez l'ophtalmologue, sept à huit mois en Ille-et-Vilaine ! J'ai présenté en vain, à mainte reprise, un amendement en ce sens ; cette année, il aura le poids de votre autorité...*

**Mme Florence Lassarade.** – *L'utilisation du matériel par les orthoptistes est aux frais des ophtalmologues, qui l'ont financé. Or un objectif de réduction de la rémunération des médecins est également annoncé. Je souligne aussi qu'à l'étranger, la rémunération des praticiens est une fois et demi supérieure à ce qu'elle est en France. Quant aux maisons de santé pluridisciplinaires, elles induisent me semble-t-il une hausse de la dépenses de médecine libérale : pourriez-vous nous éclairer sur ce sujet ?*

*Enfin, à l'hôpital, peut-on continuer à appliquer une tarification à l'activité quand on ferme régulièrement des lits, réduisant l'activité ? N'y a-t-il pas là une pente infernale ?*

**Mme Laurence Cohen.** – *Tout en évoquant certaines fragilités de notre système de sécurité sociale, vous nous avez précisé que la France revenait de loin en termes de déficit. Mais à quel prix !*

*Je rappelle que le groupe CRCE a voté contre le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, car ce sont toujours les mêmes « recettes » qui sont utilisées, notamment la réduction drastique des budgets – 4 milliards d'euros en moins pour la santé, dont 1 milliard dans les hôpitaux –, ce qui entraîne évidemment une dégradation de l'offre de soins. Fixer l'Ondam à 2,5 % est loin du compte, car tout le monde reconnaît que les besoins en santé augmentent naturellement de 4,5 % !*

*Les sénateurs du groupe CRCE ont organisé un tour de France des hôpitaux publics et des Ehpad – nous en avons visité plus de trois cents – et je peux vous dire que tous les personnels, y compris de direction, nous font part de leur stupéfaction devant l'évolution de la situation. Ils sont catastrophés !*

*Et on voit bien que ce que vous suggérez ne marche pas. Il suffit de regarder le niveau et l'évolution du déficit des hôpitaux, qui s'est élevé à 439 millions d'euros en 2016 et à 835 millions en 2017.*

*Il faut donc réfléchir à d'autres pistes, par exemple en cherchant des recettes nouvelles. Pourquoi ne pas supprimer les exonérations de cotisations patronales, ce qui permettrait d'augmenter les recettes de la sécurité sociale ? Pourquoi ne pas soumettre les revenus des dividendes à cotisations ? Pourquoi ne pas simplement appliquer la loi en matière d'égalité salariale entre les femmes et les hommes, ce qui représenterait des milliards d'euros dans les caisses de la sécurité sociale ? Ou pourquoi ne pas supprimer la taxe sur les salaires, qui pèse 4 milliards d'euros dans les budgets des hôpitaux ?*

*Le PLFSS pour 2018 est allé dans un autre sens : suppression des cotisations d'assurance chômage pour les salariés et des cotisations patronales jusqu'à 2,5 Smic, baisse des cotisations pour les travailleurs indépendants... Autant de recettes en moins pour la sécurité sociale !*

*Je terminerai par une question peut-être impertinente : la Cour des comptes est chargée de contrôler l'utilisation de l'argent public et d'informer les citoyens sur ces questions, ce qui est positif, mais qui contrôle la Cour des comptes elle-même ?*

**Mme Michelle Meunier.** – *Je partage le constat déjà évoqué d'un développement inégal de la médecine ambulatoire. Vous recommandez de développer les études médico-économiques afin de mieux évaluer l'impact financier du virage ambulatoire, c'est votre proposition n° 10. Pouvez-vous nous apporter des précisions à ce sujet ? Comment procéder ? Une initiative parlementaire allant en ce sens vous paraît-elle opportune ?*

**Mme Corinne Imbert.** – *Vous évoquez une préservation, en France, du niveau de prise en charge socialisée autour de 79 % du fait de réformes plus limitées que dans d'autres pays. Qu'entendez-vous par cette notion de dépenses socialisées, dans la mesure où l'organisation des systèmes de santé diffère selon les pays ?*

**M. Alain Milon, président.** – *Dans les hôpitaux, tant les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, dites MCO, que les activités psychiatriques sont déficitaires, alors que les premières sont financées par la tarification à l'activité et les secondes par une dotation annuelle de financement. Quelle est alors la bonne formule ?*

**M. Didier Migaud.** – *Les hypothèses macroéconomiques pour 2019 sont plausibles et s'inscrivent dans le consensus des économistes, mais il existe naturellement des incertitudes. Par exemple, si le contexte international évolue, il faudra en tirer les conséquences. En ce qui concerne 2018, les risques sont maîtrisés. Plusieurs questions peuvent cependant être posées : le ralentissement constaté en 2018 est-il temporaire ou non ? Quel est le niveau de la croissance potentielle ? Comment augmenter ce niveau, qui se situe aujourd'hui autour de 1,2 %-1,3 % ?*

*En ce qui concerne les compensations de l'État à la sécurité sociale, la réponse est évidemment de nature politique. Il est clair que, jusqu'à présent, les différents gouvernements ont privilégié le redressement des comptes de la sécurité sociale par rapport à celui des comptes de l'État. Ainsi, l'augmentation des prélèvements obligatoires a été ciblée sur la sécurité sociale, ce qui a représenté 27 milliards d'euros entre 2011 et 2016. C'est bien l'État qui pilote les comptes publics et qui est responsable des engagements pris par la France au niveau européen.*

*De manière plus générale, je rappelle aussi que nous ne sommes pas dans un gouvernement des juges. La Cour des comptes formule des constats et émet des recommandations, comme nous le demande d'ailleurs le législateur. La Cour ne peut pas s'appuyer sur la contestation, par une partie des représentants du suffrage universel, des décisions prises par l'État.*

*Certes, il est facile de présenter la Cour des comptes comme un monstre froid, ce que vous n'avez pas fait, madame Cohen.*

**Mme Laurence Cohen.** – *Ce n'est pas ce que j'ai dit en effet, même si certains le pensent très fort...*

**M. Didier Migaud.** – *Nous sommes pleinement conscients des problèmes qui se posent en matière de santé en France, que ce soit à l'hôpital ou, plus généralement, pour l'accès aux soins. Ce sont justement ces problèmes qui justifient les réformes, mais il ne faut pas raisonner uniquement en termes de moyens. Parfois, augmenter les moyens ne résout pas la question posée.*

*Par rapport à d'autres pays comparables, la France a mené certaines réformes qui ont été positives et qui n'ont pas remis en cause l'accès aux soins ou la qualité. J'insiste, l'accès aux soins et la qualité peuvent se dégrader, si des réformes de structure ne sont pas mises en place. La Cour des comptes peut contribuer à la pédagogie nécessaire, mais il nous semble que le statu quo n'est pas souhaitable.*

*Qui contrôle la Cour des comptes ? C'est une question récurrente, dont la réponse est simple : le Parlement. C'est notamment le rôle des rapporteurs spéciaux de la commission des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat et des rapporteurs pour avis que les commissions des lois désignent sur les projets de loi de finances. Nous ne sommes donc pas « hors-sol » !*

*Je souligne d'ailleurs que, par rapport à d'autres pays comparables, notre budget est plutôt sous-doté : il s'élève à environ 80 millions d'euros, soit 1,25 euro par habitant.*

**Mme Laurence Cohen.** – *Il faut faire des économies...*

**M. Didier Migaud.** – *Nous en faisons ! Le contrôle des comptes publics ne mérite-t-il pas qu'on y consacre 1,25 euro par habitant ? À vous de décider ! Vous pouvez parfaitement supprimer la Cour des comptes...*

**Mme Laurence Cohen.** – *Ce n'était pas mon propos.*

**M. Didier Migaud.** – *Nous comparons régulièrement nos résultats à ceux d'institutions comparables. Et nous faisons auditer nos comptes par des organismes privés.*

*Le signal-prix a la même efficacité à l'étranger ; son effet sur la consommation de tabac et d'alcool est positif.*

*Nous n'avons pas proposé de réduire la rémunération des professions médicales. Nous disons simplement que d'autres l'ont fait. Dans plusieurs pays, les médecins sont mieux rémunérés qu'en France – parce que les médecins y acceptent des mesures de régulation plus importantes.*

**M. Denis Morin.** – Il est possible de réguler la médecine de ville : le rapport fait plusieurs propositions en ce sens. Beaucoup de pays le font, et ce serait le moyen de sortir d'une régulation portant exclusivement sur l'hôpital.

Le fait que l'État ne compense plus, ou que certaines recettes disparaissent, ne doit pas nous faire oublier que les dispositifs en question doivent avoir un effet sur l'emploi. Les économistes disent que les baisses de charge ont créé entre 300 000 et un million d'emplois – autant de recettes pour la sécurité sociale. L'élément de fragilité n'est pas la non-compensation mais l'incertitude conjoncturelle.

En ce qui concerne le virage ambulatoire, les objectifs de « Ma santé 2022 » sont clairs. Nous montrons les très grands progrès en la matière faits par l'hôpital public – les cliniques privées étaient en avance – même si l'AP-HP est encore à la traîne. La mise en œuvre d'une incitation tarifaire en 2013-2014 avait aussi pour vocation d'aider à financer les coûts de transition. Ensuite, les coûts baissent. La mobilisation du corps médical a été aussi déterminante pour prendre ce virage ambulatoire. Vu le risque nosocomial, il vaut mieux rester à l'hôpital une demi-journée que trois jours !

L'éducation à la santé est fondamentale. Il est dommage que le Nutri-score n'ait pas été davantage développé.

Vous avez évoqué la dépendance, qui complique le virage ambulatoire. Une meilleure structuration du premier recours et la médicalisation des Ehpad sont plus importants, je pense, que la question de savoir s'il faut un cinquième risque ou non.

Comment la régulation se fera-t-elle sans numerus clausus ? La capacité d'accueil des internes est limitée ; cette régulation par les murs, pour n'être sans doute pas la meilleure, sera réelle.

Nous avons évoqué l'an dernier le conventionnement sélectif comme ultime recours. De nombreuses mesures incitatives ont été prises depuis. En particulier, la labélisation d'hôpitaux locaux de proximité crédibilise la gradation des soins.

Nous n'évacuons pas les ophtalmologistes mais nous proposons de donner aux orthoptistes et aux opticiens – sans oublier les quelque 3 000 optométristes, au statut mal défini – la capacité de prendre en charge des actes simples. La baisse du nombre d'ophtalmologistes jusqu'à 2030 soulève en effet un enjeu d'accès aux soins. Au Royaume-Uni, les actes simples comme le dépistage de la correction visuelle sont faits par une infirmière !

Si l'on considère que, dans les périodes difficiles, l'État a surcompensé, nous ne changeons pas de paradigme. Le principe de la prise en charge d'une baisse de prélèvements sociaux par la sécurité sociale, et d'une baisse d'impôts par l'État, est vertueux.

Les études ont montré qu'une forte augmentation des prix était le seul moyen d'agir sur la consommation de tabac. Bien sûr, il y a des effets de bord, mais les Douanes sont là pour cela ! Et, quand on sait que la surconsommation de tabac cause 70 000 morts par an en France, ces effets de bord passent au second plan. Outre l'effet-prix, il faudrait accentuer les messages de santé publique. Et nous plaidons pour une hausse des taxes sur l'alcool et les boissons sucrées.

*Nous ne proposons pas de réduire la rémunération des acteurs de santé, mais de réguler certains éléments de la dépense qui leur correspondent si les objectifs ne sont pas atteints. La question du déport de certaines dépenses de la ville vers l'hôpital, ou inversement, est complexe. La Cnam a réalisé des études probantes sur le virage ambulatoire : il est un élément de déflation des dépenses sur tous les segments, avant, pendant et après l'hospitalisation. Nous sommes parvenus à la conclusion que le dérapage des dépenses de la médecine de ville n'est pas dû à l'amorce de ces transferts.*

*À Mme Cohen, qui propose une taxation sur les dividendes, je rappelle que la CSG est déjà assise sur tous les types de revenus, y compris le capital ; c'est pourquoi depuis 1998, tous les gouvernements ont basculé des prélèvements sur la CSG. Les exonérations de charges ont des effets controversés sur le volume des emplois, mais elles engendrent, c'est un fait certain, des recettes de sécurité sociale...*

***M. Didier Migaud.** - La Cour recommande régulièrement de se pencher sur les niches fiscales, qui ont un impact sur les recettes. Les remettre en cause serait un moyen d'accroître les ressources, d'autant que l'efficacité n'est pas toujours vérifiée. On porte une attention moindre aux dépenses fiscales qu'aux dépenses budgétaires, alors qu'il y a là des marges de recettes.*

***M. Denis Morin.** - Les travaux de la CNAM sur la médecine ambulatoire ne sont pas conclusifs, les nôtres non plus. Mais ils éclairent le débat sur le déport de charges. La CNAM, la Cour des comptes ou la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) pourraient creuser encore la question - peut-être en collaboration avec des universités ?*

*La part des dépenses de santé socialisées est actuellement de 79 %. La part prise en charge par les complémentaires santé, 20 %, est importante. Le solde constitue le reste à charge. Les comparaisons internationales sont intéressantes. En Allemagne la part socialisée est plus élevée, mais la régulation est également beaucoup plus forte : les professionnels de santé, lorsque l'enveloppe est dépassée, ne sont plus rémunérés ; et le reste à charge a augmenté ces dernières années.*

*Un dernier mot, pour faire remarquer au président Milon que tous les hôpitaux ne sont pas en déficit, or tous sont financés par la T2A...*

***M. Alain Milon, président.** - Ou par la dotation annuelle de financement. Nous vous remercions pour ces travaux qui nous sont fort utiles dans l'examen du PLFSS.*

---

**MM. Gérard Rivière,**  
président du conseil d'administration,  
**et Renaud Villard,**  
directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse

*Réunie le 17 octobre 2018, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de MM. Gérard Rivière, président du conseil d'administration, et Renaud Villard, directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.*

*M. Gérard Dériot, président. – Je souhaite la bienvenue à M. Gérard Rivière, président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, et à M. Renaud Villard, directeur.*

*Le conseil d'administration de la Cnav a émis un avis majoritairement défavorable sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, qui ne contient, dans l'attente de la réforme des retraites annoncée par le Gouvernement, aucune disposition spécifique relative à la branche vieillesse. Le texte comporte, conformément à la loi organique, les équilibres généraux ainsi que les perspectives pluriannuelles de la branche.*

*Nous avons à cet égard noté l'amélioration significative du solde 2018 par rapport à la prévision du PLFSS pour 2018, puisque le solde prévisionnel était un déficit de 0,8 milliard d'euros et que la branche devrait finalement dégager un excédent de 0,7 milliard d'euros.*

*De la même manière, les perspectives pluriannuelles, qui prévoyaient l'an dernier un creusement du déficit à partir de 2019 pour atteindre moins 3 milliards d'euros en 2021, prévoient, en PLFSS pour 2019, un excédent chaque année et un équilibre en 2022. Ce qui me conduit à vous interroger, c'est que cet écart sur les perspectives pluriannuelles serait principalement dû à de moindres dépenses, à hauteur de 3 milliards d'euros à l'horizon 2021. Pouvez-vous nous donner quelques éléments sur cette trajectoire et sur les éléments qui vous permettent d'envisager des dépenses moindres par rapport à la prévision faite l'an dernier ?*

*Monsieur le président, monsieur le directeur, je vous laisse la parole pour un propos introductif avant de passer la parole à notre rapporteur, puis aux commissaires qui souhaitent vous interroger.*

*M. Gérard Rivière, président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse. – J'apprécie particulièrement de rencontrer la commission des affaires sociales du Sénat, qui est toujours en nombre. Comme je le dis souvent, j'aimerais avoir le même succès à l'Assemblée nationale.*

Nos services ont répondu au questionnaire de votre commission, mais les documents avaient été préparés avant la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale. En matière de trajectoire financière, cela change la donne. L'annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale affiche un petit excédent de la branche vieillesse du régime général jusqu'en 2021 et un équilibre en 2022. Avec le Fonds de solidarité vieillesse, nous sommes à l'équilibre, voire en léger excédent dès 2020. À court terme, la branche vieillesse du régime général est sur une trajectoire équilibrée.

Le recul de l'âge de la retraite a cessé de produire ses effets. La montée en charge à 62 ans a eu lieu, et le passage de 65 ans à 67 ans a eu beaucoup moins d'apports que le passage de 60 ans à 62 ans. Certaines mesures prises sous l'ancienne majorité, notamment un apport important de ressources à la branche vieillesse, ont permis de limiter le déficit et de ramener la branche à l'équilibre, voire à l'excédent.

Comme président du conseil d'administration, je suis évidemment très satisfait d'avoir des comptes équilibrés. Un régime de retraite par répartition doit avoir des comptes équilibrés ; il n'est pas raisonnable de transférer nos dettes à nos enfants, qui devront payer nos pensions.

La Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) est aussi sur une trajectoire confortable. Sous réserve du maintien des taux d'intérêt bas, voire négatifs à court terme, elle devrait avoir terminé de rembourser sa charge en 2024, voire courant 2023. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) traînait une partie des dettes des régimes de base de la sécurité sociale, ce qui n'est pas sa vocation. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale en transfère une partie sur la Cades, qui devrait malgré tout pouvoir tenir l'échéance de 2024.

L'alourdissement de la charge de la Cades ne peut s'effectuer légalement qu'avec l'apport de ressources nouvelles. C'est le cas dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Mais l'apport de CSG à la Cades pour compenser la charge supplémentaire ne devrait pas suffire. Cela laisse supposer que la Cades aurait sans cela vraisemblablement terminé sa mission avant l'échéance de 2024. Les marges dont elle aurait pu disposer auraient pu servir à la prise en charge de la perte d'autonomie ou à la réduction des prélèvements obligatoires.

Si les dépenses sont moindres, c'est parce que la mesure essentielle du PLFSS est la sous-revalorisation des pensions. Cette décision, qui a motivé en grande partie l'avis défavorable du conseil d'administration de la Cnav, est incompréhensible. Dans le passé, les limitations de l'évolution des pensions s'inscrivaient dans le cadre de plans de retour à l'équilibre de la branche vieillesse, même si ce n'était pas toujours bien compris par les retraités. Aujourd'hui, la branche est à l'équilibre. Le véritable objectif est de réduire la dépense publique. Les retraités se plaignent à juste titre : après la hausse de la CSG l'an dernier, la hausse des pensions sera limitée à 0,3 % en 2019 et en 2020. Pour la Cnav, cela représente 1,5 milliard d'euros d'économies en 2019 et 2,8 milliards d'euros en 2020 ; autant que l'on a pris dans la poche des retraités.

Le conseil d'administration de la Cnav a donc émis un avis majoritairement défavorable.

**M. Renaud Villard, directeur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.** – Le rendement lié à la moindre revalorisation des pensions explique assez largement le fait que le régime général devrait conserver une position de suréquilibre en 2019.

Il y a des affectations de recettes nouvelles pour compenser les exonérations nouvelles, notamment celle des cotisations sociales sur les heures supplémentaires et la diminution de l'assiette du forfait social. 1,2 milliard d'euros de taxes sur les salaires seront ainsi attribués au régime général pour compenser 600 millions d'euros de pertes de recettes sur les cotisations heures supplémentaires et 600 millions d'euros de pertes de recettes sur le forfait social.

La Cnav serait à l'équilibre jusqu'en 2022, malgré le transfert du financement du minimum contributif du FSV vers le régime général, représentant en 2020 une charge de 3 milliards d'euros.

L'exonération des heures supplémentaires ne nous impacte pas, mais elle risque de le faire. Les droits à retraite sont liés aux cotisations. L'intention du Gouvernement est que les heures supplémentaires, même si elles ne donnent pas lieu à cotisations, ouvrent des droits à retraite. Toutefois, dans l'état actuel des outils et des règles de gestion, les entreprises peuvent n'avoir aucune incitation à signifier les heures supplémentaires dans l'assiette globale des salaires. On risque donc de découvrir dans quelques années des heures supplémentaires non cotisées n'ayant donné lieu à aucun report sur les retraites.

Deux mesures nous impactent indirectement, mais très fortement. L'article 48 prévoit une convergence très forte entre la branche retraite du RSI et le régime général. Dorénavant, les travailleurs indépendants en situation d'invalidité pourront tous basculer à la retraite à taux plein comme les salariés quelle que soit la catégorie de pension d'invalidité. C'est une mesure de simplification et de convergence des droits. L'article 50, qui me semble extrêmement important, concerne la base ressources mensualisée. C'est un système d'informations. On crée pour la première fois un outil permettant de mettre en relation l'ensemble des données fiscales et sociales, sur le modèle de la Banque-Carrefour des entreprises, que nous envions à la Belgique. Cela permettra d'être beaucoup plus efficace dans la gestion des prestations sociales. Le dispositif concerne les allocations logement, mais j'espère que les prestations retraites en bénéficieront aussi à terme. Un tel programme informatique est extrêmement structurant pour la simplification des droits ou la lutte contre le non-recours.

**M. René-Paul Savary, rapporteur pour la branche vieillesse.** – Je partage votre constat sur l'écart entre les prévisions dans les différentes lois de financement de la sécurité sociale et les résultats constatés. Cela doit nous inciter à l'humilité, dans une situation où ces équilibres sont fragiles.

Je vous rejoins également sur les heures supplémentaires. On risque d'aboutir à la même situation que le régime de la MSA, avec la retraite des agriculteurs. Il n'y aura pas de recettes, mais il faudra continuer à financer des prestations. Qui paiera ? Il faudra faire preuve de vigilance, sous peine de déséquilibrer le système.

*Je souscris à votre remarque sur la non-revalorisation des pensions. Pour garantir l'équilibre d'un régime par répartition, il faut soit augmenter les cotisations, ce que l'on ne fait pas, soit reculer l'âge de départ en retraite, ce que l'on ne fait pas non plus, soit réduire les prestations. Visiblement, c'est ce choix qui est retenu ; c'est ce qui permet d'afficher une baisse de la dépense publique.*

*Voici mes questions. Quels sont les enjeux de la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la période 2018-2022 ?*

*Quel bilan tirez-vous de l'entrée en vigueur de la Liquidation unique des régimes alignés (LURA) ?*

*Nos anciens collègues Gérard Roche et Anne Emery-Dumas avaient remis un rapport sur l'interrégimes de retraite dans lequel ils évoquaient le Répertoire général des carrières unique (RGCU), un dispositif important pour permettre la convergence des régimes. Pouvez-vous nous rappeler le rôle de la Cnav dans l'élaboration de ce projet ?*

*Où en est-on de la mutualisation du contrôle d'existence, qui simplifiera les démarches de nos compatriotes vivant à l'étranger pour continuer à percevoir leurs pensions ?*

*La nouvelle COG de la Cnav est-elle explicitement orientée sur les objectifs de l'interrégimes ?*

**M. Renaud Villard.** – *La LURA est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2017. L'opération, qui est extrêmement complexe, s'est très bien passée. Le bilan est très positif, même si nous continuons à suivre très finement la qualité de services.*

*Le RGCU est un outil fondamental : c'est l'entrepôt où se déverseront l'ensemble des données de carrières de l'ensemble des régimes de base et complémentaires, non seulement pour l'avenir, mais également pour le passé. Cet outil se construit parallèlement aux propositions de réformes actuellement engagées par le Gouvernement. Il peut être extrêmement structurant pour une éventuelle réforme systémique. Le législateur en a confié la réalisation à la Cnav, qui avait pris l'engagement de livrer l'outil au premier trimestre 2019, en faisant basculer un premier régime, celui des clercs de notaire. Nous serons en léger retard ; ce sera le 25 avril. Le régime général basculera bien au premier semestre, et les autres régimes le feront par vagues. Il risque d'y avoir une modification sur le calendrier. Certains régimes devaient passer jusqu'à fin 2022 ou 2023. Mais les régimes anticipant de possibles évolutions souhaitent raccourcir les calendriers. Le programme avance. Il est colossal. C'est un projet à 200 millions d'euros, assez inédit dans la sphère sociale par sa volumétrie, son ampleur et son niveau de complexité.*

*En tant que régime général, nous ne sommes pas opérateurs du projet de mutualisation des contrôles d'existence ; c'est le GIP Union Retraite. À ce stade, la livraison de l'outil est prévue au mois de mai 2019. Le régime général continue à développer les échanges d'état civil avec les pays européens, ce qui permettra de ne plus du tout vérifier l'existence des retraités vivant dans ces pays.*

*La convention d'objectifs et de gestion qui a été adoptée correspond, je pense, à la stratégie que le conseil d'administration avait souhaitée. Elle est centrée sur le client, avec des engagements de service, un souci de simplification et la volonté d'aller vers de nouveaux publics : résidents étrangers, travailleurs indépendants, jeunes actifs.*

*L'intégration du RSI et de ses salariés à la Cnav permet d'envisager une trajectoire ambitieuse, mais réaliste de réduction des dépenses de fonctionnement et des charges de personnels.*

**M. Jean-Noël Cardoux, président de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss).** – *Mme Buzyn et M. Darmanin, que nous avons entendus la semaine dernière, n'étaient pas d'accord entre eux sur le montant du déficit résiduel porté par l'Acoss, la première avançant le chiffre de 28 milliards d'euros, contre 23 milliards pour le second.*

*Je découvre aujourd'hui que le transfert de la CSG vers la Cades ne sera pas suffisant. La Cades va donc devoir amortir le reste pour tenir l'échéance de 2024. D'aucuns misent sur des excédents à venir pour compenser, mais je pense qu'on peut s'interroger sur la réalité de tels excédents au regard du ralentissement assez sensible de la croissance.*

*Ce qui me choque le plus, c'est l'utilisation de la CSG ; dès que l'on a des besoins financiers, on joue sur la CSG. Puisqu'on avait créé la contribution pour le remboursement de la dette sociale, la CRDS, pour permettre à la Cades de remplir sa mission, il eût été plus simple de transférer les 23 milliards d'euros, de voir de combien il fallait augmenter la CRDS et de réduire d'autant la CSG. À mon sens, le système retenu n'aboutira pas à la suppression totale des déficits de l'Acoss.*

*Comme cela a été souligné, sur les déficits du système de retraite, il y a trois paramètres : le montant des cotisations, celui des prestations et l'âge de départ à la retraite. Le Gouvernement ne veut pas toucher à l'âge de départ alors que l'espérance de vie augmente de manière considérable : je crois que nous sommes l'un des seuls pays européens à ne pas envisager cette solution. Je pense que c'est un mauvais signal. Lorsque nous l'avons auditionné, le président du Conseil d'orientation des retraites nous a indiqué qu'à vingt ans, l'équilibre serait assuré, mais au prix d'une paupérisation des retraités ; ce n'est pas très réjouissant pour la nouvelle génération.*

**M. Gérard Rivière.** – *Je prends acte du transfert prévu dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale d'une partie du solde négatif de l'Acoss à la Cades. Sans un financement suffisant, cela me laisse penser que la Cades va devoir retarder la fin de sa mission au-delà de ce qui est prévu actuellement, fin 2023 ou courant 2024.*

*À titre personnel, je pense qu'il aurait fallu transférer la totalité de la charge de l'Acoss et dire qu'il s'agissait d'un transfert ultime, pour apurement, la sécurité sociale dans son ensemble retrouvant son équilibre. Là, je prends le pari que l'on fera un nouveau transfert à la Cades dans un ou deux ans.*

*Le débat engagé sur la transformation systémique de notre système de retraite, notamment sur l'âge de départ, a des objectifs avoués et des objectifs inavoués. Lorsque le Haut-commissaire, qui est d'ailleurs issu de votre Haute Assemblée, affirme que la réforme n'a pas d'ambition économique, je n'y crois pas. L'intérêt d'une révolution de notre système de retraite est bien d'atteindre un équilibre durable, pour ne pas avoir à réformer tous les quatre ou cinq ans.*

*Je ne partage pas toutes les projections du Conseil d'orientation des retraites, surtout celles à cinquante ans. Regardons plutôt à quinze ans ou vingt ans. Nous passons à un système à cotisations définies. L'ambition n'est pas d'augmenter le taux de cotisations. Comme on ne touche pas à l'âge, on équilibrera le système en augmentant la valeur d'acquisition du point et, éventuellement, en dévalorisant la valeur de service du point. Cela concernera 98 % ou 99 % de la population. Le système a donc vocation à paupériser les retraités.*

*L'article 19 du PLFSS évoque la compensation des exonérations de cotisations Agirc-Arrco et Unédic. Le débat sur la fusion entre projet de loi de finances et projet de loi de financement de la sécurité sociale est dépassé, puisque des affaires de finances publiques interfèrent dans les dépenses de sécurité sociale.*

*Le débat sur la transformation des lois de financement de la sécurité sociale en lois de financement de la protection sociale est aussi dépassé. On introduit dans les obligations des régimes de base de sécurité sociale l'éventualité de financer les régimes de protection sociale complémentaire. Les exonérations d'Agirc-Arrco seront compensées à l'Acoss par une fraction de TVA. Au cas où la fraction de TVA serait insuffisante, l'Unédic recevrait une compensation, et l'Agirc-Arrco recevrait un transfert de la Cnav. C'est donc bien qu'on envisage un transfert de TVA insuffisant. On est donc bien en loi de financement de la protection sociale, et on met à contribution la sécurité sociale pour des dépenses qui ne sont pas les siennes.*

*Pourtant, il y a d'autres méthodes que l'exonération des heures supplémentaires pour redonner du pouvoir d'achat : par exemple, augmenter les salaires.*

**Mme Christine Bonfanti-Dossat.** – *La silver économie est un secteur économique porteur, qui suscite l'enthousiasme. Selon le Commissariat général à la stratégie et à la prospective en 2013, le secteur frôlait déjà les 56 milliards d'euros et pouvait créer plus de 300 000 emplois entre 2013 et 2020. Geler la revalorisation des retraites, n'est-ce pas affaiblir un secteur porteur de notre économie ?*

*L'exemption de la hausse de la CSG pour 300 000 foyers de retraités, le reste zéro à charge pour les lunettes ou la gratuité des prothèses auditives ou dentaires sont-ils réellement de nature à compenser le gel des pensions des retraités ?*

*Selon les statistiques, le niveau de vie des Français les plus âgés s'améliorerait légèrement depuis une décennie. Les mesures qui ont été décidées ne risquent-elles pas de freiner cette tendance ?*

**Mme Laurence Cohen.** – *Les décisions du Gouvernement sont contradictoires. Alors que plus de 7 % de retraités vivent sous le seuil de pauvreté, des mesures comme l'augmentation de la CSG ou la limitation de la revalorisation des prestations sociales vont encore réduire leur budget. Or le Gouvernement parle de mesures « en leur faveur ». L'effet de ces mesures sera très limité : l'exonération de la CSG touche 300 000 foyers quand son augmentation a concerné 7 millions de retraités. La revalorisation du minimum vieillesse porte son montant à 833 euros par mois, ce qui reste inférieur au seuil de pauvreté fixé par l'Insee, soit 1 015 euros. Cela ne permettra pas aux retraités qui vivent sous le seuil de pauvreté de vivre décemment.*

*Les pensions de retraite découlent des cotisations versées tout au long de la carrière professionnelle. Elles sont donc un droit acquis. Le Gouvernement ne devrait pas pouvoir l'utiliser comme variable d'ajustement du budget de la sécurité sociale. Selon vous, l'excédent de la branche vieillesse n'aurait-il pas pu servir à compenser les nombreux efforts des retraités et à maintenir les droits acquis grâce à leur travail ?*

*On évalue à 700 le nombre de postes supprimés à la Cnav depuis 2014. Cela a entraîné des retards dans le traitement de dossiers et dans l'ouverture des droits, privant certains retraités de leur pension pendant plusieurs mois. Des mesures ont-elles été prises pour y remédier ?*

*La réforme annoncée par le Gouvernement, que nous n'approuvons pas, va alourdir la charge de travail des employés de la Cnav. Des solutions sont-elles prévues pour que les retraités n'en pâtissent pas et puissent bénéficier de leurs droits sans retard ?*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *J'ai trouvé une contradiction dans vos propos : d'un côté, vous indiquez que les comptes doivent être à l'équilibre, afin de préserver les nouvelles générations ; de l'autre, vous contestez au nouveau système la vocation à sécuriser les retraités. Il n'a jamais été question de ne pas toucher aux cotisations. Des ajustements s'imposeront dans le cadre d'un pilotage politique. L'objectif, en tout cas le nôtre, n'est pas de « paupériser » les retraités. Certaines de vos affirmations me semblent contestables.*

*Nous avons mené une mission sur l'intégration du RSI au sein du régime général. Nous sommes allés à Lille, où il nous a semblé que tout se passait bien, selon le calendrier prévu. Est-ce également le cas dans les autres régions ?*

**M. Michel Amiel.** – *Pouvez-vous nous communiquer les chiffres respectifs des dettes de l'Acoss et de la Cades et nous préciser ce qui est transféré et ce qui ne l'est pas ? Pouvez-vous clarifier les chiffres qui nous ont été donnés ?*

*Je m'étonne également du terme « paupérisation », que vous avez employé. Attendons de connaître les détails de la réforme pilotée par M. Delevoye. Nous pourrions alors nous prononcer sur le nouveau projet. Tout le monde attend une réforme, même si nous ne sommes pas tous d'accord sur son contenu.*

**M. Gérard Rivière.** – *Je ne prétends pas détenir la vérité. Je prends des paris sur l'avenir. Si je peux rester président de la Cnav jusqu'en 2022, comme prévu, je reviendrai vous voir. Peut-être le projet sera-t-il finalisé à cette date l'an prochain. Évidemment, nous ne pourrions pas encore en constater les effets.*

*Si le terme paupérisation peut paraître excessif, je le maintiens. À long terme, ce sera le cas. À court terme, il faudra contenir certaines évolutions. Ce n'est pas moi qui souhaite maintenir les dépenses de pension à un niveau ne dépassant pas le taux actuel, c'est-à-dire 14 % du PIB.*

*M. Jean-Paul Delevoye a annoncé que le taux de cotisations devrait être maintenu à 28 %, comme aujourd'hui. Je ne crois pas que nous irons au-delà pour financer le système de retraites. Dans un contexte de comparaison internationale, et notamment européenne, des taux de prélèvements obligatoires, nous ne pouvons pas dépasser un certain seuil.*

*L'augmentation constatée des pensions de ces dernières années repose essentiellement sur l'effet dit « noria », et non sur des lois ou des décisions politiques. Les personnes qui partent en retraite aujourd'hui, notamment les femmes, ont eu des salaires supérieurs à celles des générations précédentes ; elles bénéficient donc de pensions supérieures. Nous ne versons pas encore de pensions à la majorité des personnes qui ont été touchées par la crise ; mais elles vont bientôt se présenter au guichet. Nous verrons alors comment transformer des dizaines de trimestres d'assurance chômage en points... Je suis disponible pour venir en parler avec vous l'an prochain.*

*Mme Cohen a évoqué la revalorisation de l'ASPA, mais une partie sera grignotée par l'inflation qui devrait s'élever à 1,7 % cette année. Les 35 euros annoncés en seront donc réduits d'autant.*

*Si les pensions n'étaient pas sous-revalorisées, la branche vieillesse ne connaîtrait pas d'excédent.*

*Le directeur vous répondra sur les suppressions de postes. Néanmoins, le conseil d'administration s'attache à la qualité du service et souhaite éviter les ruptures de ressources lors du passage à la retraite, notamment pour les plus fragiles. En outre, toutes les veuves n'ont pas de droits personnels de retraite : lors de la réforme des retraites, il faudra donc prendre garde à ce que les pensions de réversion soient versées en temps et en heure.*

*Mieux vaudrait poser à ses responsables la question sur le déficit de l'Acoss et de son transfert à la Cades.*

**M. Gérard Dériot, président.** – *Nous les recevrons la semaine prochaine.*

**M. Renaud Villard.** – *Vous avez évoqué l'impact de la réforme sur la silver économie. Le défi essentiel est de solvabiliser la filière. Tout d'abord, il convient d'aider les jeunes pousses à trouver leur modèle économique. Ensuite, il faut leur trouver des financeurs pour abonder leur capital. Enfin, l'ingénierie est indispensable pour développer les projets. La Cnav a conclu un partenariat avec la Caisse des dépôts sur le volet capital et fournira les premiers clients pour tester le modèle économique. La faible structuration de cette filière explique ses difficultés actuelles. La ministre de la santé connaît parfaitement cette problématique.*

*L'ASPA sera revalorisée à hauteur de 905 euros au 1<sup>er</sup> janvier 2020. Le calendrier réglementaire a déjà prévu les trois étapes successives de l'augmentation de cette allocation. Nombre d'allocataires de l'ASPA bénéficient aussi de l'allocation logement, ce qui leur permet de dépasser le seuil de pauvreté.*

*Le taux de pauvreté des retraités s'élevait à 35 % en 1970 : aujourd'hui, il se situe à 7,6 %.*

*Mme Cohen m'a également interrogé sur l'impact de la COG et de la baisse des effectifs sur la qualité de service et les délais de liquidation. Avec la nouvelle COG, nous allons détecter les fragilités : de fait, plus les carrières sont erratiques, plus les personnes se présentent tardivement pour faire valoir leurs droits à la retraite. Il faudra leur proposer très en amont des rendez-vous pour mieux les accompagner.*

*Par ailleurs, alors que nous pilotions les retraites en fonction de la date des versements, nous le ferons désormais en fonction de la date choisie par l'assuré : le dossier devra donc être complété avant le départ en retraite effectif, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Enfin, nous allons devoir beaucoup mieux communiquer : aujourd'hui encore, près de 10 % des personnes déposent leur dossier une fois qu'ils ont pris leur retraite.*

*M. le rapporteur général a rappelé les enjeux concernant le RSI. Nous sommes actuellement dans la partie la plus compliquée car il nous faut accompagner les 5 300 salariés du RSI vers leurs nouveaux employeurs. Nous sommes volontairement en avance sur le calendrier et les trois réseaux – Acoff, Cnam et Cnav – sont très mobilisés pour que cette réforme se déroule au mieux.*

**Mme Patricia Schillinger.** – *Dans les régions frontalières, nombre de personnes perçoivent des pensions d'autres pays comme la Suisse ou l'Allemagne.*

*La réforme à venir tient-elle compte de cette réalité ?*

**M. Renaud Villard.** – *La question des travailleurs transfrontaliers est étroitement liée à la qualité des échanges européens. Tant pour la maladie que la retraite, les échanges se font par papiers, d'où des risques d'erreurs. C'est le degré zéro de l'informatique et les délais peuvent parfois être extrêmement longs. La qualité de service est donc très dégradée, d'autant que ce ne sont pas toujours les pays européens qui répondent le plus rapidement.*

*La Commission européenne a lancé le programme Système d'échange électronique d'informations sur la Sécurité sociale (EESSI). La Cnav a été désignée par la France comme référent unique auprès de l'Union européenne : elle va donc coordonner les échanges avec les pays européens. Le projet a pris un peu de retard et nous espérons une première expérimentation d'ici la fin 2019. Une fois que ce système sera entré en vigueur, nous pourrons mieux accompagner les retraités transfrontaliers.*

**Mme Patricia Schillinger.** – *Pour les pensions de réversion, la réforme des retraites tiendra-t-elle compte des pensions venant de l'étranger ? Je ne souhaite pas qu'elles soient écrêtées.*

**M. Renaud Villard.** – *Ce sujet éminemment politique a été ouvert avant l'été. Il existe trois systèmes de réversion dans notre pays : certains sous condition de ressources pour le régime général, d'autres sans condition de ressources pour des régimes complémentaires et certains régimes étrangers. Je ne peux en dire plus.*

**M. Gérard Dériot, président.** – *Merci pour la qualité de vos réponses.*



---

**Mme Isabelle Sancerni,**  
présidente du conseil d'administration,  
et **M. Vincent Mazauric,**  
directeur général, de la Caisse nationale d'allocations familiales

*Réunie le 17 octobre 2018, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de Mme Isabelle Sancerni, présidente du conseil d'administration, et de M. Vincent Mazauric, directeur général, de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf)*

*M. Gérard Dériot, président. – Nous accueillons ce matin Mme Isabelle Sancerni, présidente du conseil d'administration et M. Vincent Mazauric, directeur général de la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf).*

*Le conseil d'administration de la Cnaf a émis un avis majoritairement défavorable sur le PLFSS 2019 qui ne comporte que peu de dispositions sur la branche famille. Cette branche serait, pour la deuxième année consécutive, en excédent de 1,2 milliard d'euros en 2019 et cet excédent serait écrêté pour assurer le strict équilibre de la branche à partir de 2020.*

*Au-delà des mesures du PLFSS et de la trajectoire financière, nous souhaitons faire le point aujourd'hui sur les perspectives d'évolution de la branche.*

*Mme Isabelle Sancerni, présidente du conseil d'administration de la Cnaf. – En juillet, nous avons signé avec le Gouvernement la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022. En cette période de réduction des dépenses publiques, les efforts qui nous sont demandés sont conséquents. Le Fonds national d'action sociale (Fnas) verra ses crédits augmenter de 2 % l'an, alors que lors de la précédente COG, l'augmentation prévue était de 7,5 %, mais de 4,3 % en progression constatée. Sur l'ensemble de la période, le Fnas sera doté de 600 millions supplémentaires, dont 425 millions pour la petite enfance, 100 millions pour le soutien à la parentalité et l'animation de la vie sociale, et 75 millions pour la jeunesse, dont une partie importante dédiée au plan mercredi.*

*En outre, nous allons supprimer 2 100 emplois et réduire nos frais de gestion de 5 % par an.*

*La prime d'activité a connu un grand succès mais, pendant six mois, les CAF ont eu du mal à accueillir les nouveaux bénéficiaires. Avec la réforme de l'APL, les demandes vont, là encore, augmenter.*

*M. Vincent Mazauric, directeur général de la Cnaf. – Je suis accompagné de Mme Patricia Chantin, chargée des relations avec les assemblées parlementaires, de M. Bernard Tapie, directeur des statistiques, des études et de la recherche et de M. Cyrille Broillard, directeur-adjoint des politiques familiales et des relations sociales.*

La COG prévoit la suppression de 2 100 emplois sur les 33 000 emplois de la branche. Cet effort est cohérent avec les politiques publiques qui visent à réduire les déficits et à améliorer la qualité du service public. Il est indissociable de notre volonté de mieux délivrer les prestations sociales et familiales dont nous avons la charge. Ces prestations reposent sur la vérification de revenus vieux de deux ans, ce qui est un véritable paradoxe. Dès l'année prochaine, les périodes de référence changeront pour le versement des aides au logement. Mais les allocataires doivent également se livrer à des démarches actives pour percevoir leurs droits : pour le RSA et la prime d'activité, ils doivent déclarer leurs ressources quatre fois l'an.

Pour les années 2018-2022, la COG affectera 500 millions aux investissements et aux dépenses de fonctionnement en informatique.

Tirant partie du prélèvement à la source et de la constitution d'une base ressources portée par ce PLFSS, nous ferons moins d'erreurs. Il en ira de même pour nos allocataires. Aujourd'hui, le nombre d'indus est tout à fait excessif. Malgré tous nos efforts, nous ne parvenons pas à récupérer toutes les erreurs et donc à tout rattraper : nous estimons à quelques 2,5 milliards d'euros les indus non repérés. Le rapport de la députée Christine Cloarec-Le Nabour et de Julien Damon a rappelé l'indispensable amélioration de la gestion des deniers publics mais surtout la nécessité d'une plus juste prestation. D'ici 2022, nous devons améliorer le service rendu à nos 12,5 millions d'allocataires et aux 30 millions de personnes couvertes.

En matière sociale, la priorité est donnée à la petite enfance et au plan pauvreté.

Le Fnas continuera à voir ses dotations augmenter, mais dans une moindre ampleur. Nos principaux partenaires sont les collectivités territoriales et les associations. Or, les collectivités sont elles aussi confrontées à des défis budgétaires. Nous devons préserver l'existant : chaque année, 5 000 places de crèche ferment pour diverses raisons. Nous devons aider les collectivités à réduire les coûts d'exploitation, sans altérer la qualité. Nous ferons dans les années à venir un effort de programmation. Chaque département dispose d'un schéma départemental des services aux familles qui rassemble tous les acteurs. Nous voulons densifier nos relations avec nos partenaires locaux. A ce titre, nous avons déjà signé 300 conventions territoriales globales et nous allons essayer de les multiplier avec les intercommunalités, mais toutes n'ont pas pris les compétences qui correspondent à nos missions. Il est également possible de conclure une convention de ce type avec une commune. Par ces efforts de programmation, nous devrions accroître notre capacité à détecter les bons projets.

**Mme Élisabeth Doineau, rapporteur pour la branche famille.** – La COG fixe des objectifs de création de places en crèche. Pourrions-nous disposer de données précises concernant les fermetures de crèches afin de mieux en identifier les causes ? Le Gouvernement a prévu la création de 30 000 places, mais les collectivités sont confrontées aux coûts de fonctionnement : le taux d'encadrement est excessif et les normes trop rigoureuses. La CAF compte-t-elle soutenir l'investissement, mais aussi les dépenses de fonctionnement des collectivités locales ?

Le PLFSS prévoit la majoration de l'aide à la garde d'enfants, à savoir le complément de libre choix du mode de garde (CMG), pour les familles comptant un enfant handicapé. Nous nous en réjouissons, mais cette majoration permettra-t-elle d'accueillir plus d'enfants handicapés en crèche et de faciliter le recrutement d'assistantes maternelles pour ces enfants ? En Mayenne, les assistantes qui souhaiteraient accueillir un enfant handicapé hésitent, car elles seraient contraintes de garder moins d'enfants : leur revenu en serait donc réduit d'autant. Comme pour les familles d'accueil, ne pourrait-on prévoir de leur verser un forfait ? Comment cette mesure va-t-elle s'articuler avec la bonification spécifique pour les établissements d'accueil des jeunes enfants accueillant des enfants porteurs de handicaps, qui entrera en vigueur dans le cadre de la nouvelle COG ?

Enfin, comment se préparent les CAF à la mise en œuvre de la contemporanéité des revenus pris en compte pour le versement des aides au logement, qui interviendra courant 2019 ? Vous semblez craindre de ne pas disposer de suffisamment d'agents. Comment faire pour répondre à cette réforme et comment s'opérera la transition ? Quelles sont les économies attendues ? L'extension de cette réforme à d'autres prestations est-elle envisageable à court terme ? Avez-vous évalué son impact financier pour la branche famille ?

**Mme Isabelle Sancerni.** – La précédente COG avait annoncé la création de 100 000 places de crèche, mais seules 32 000 places ont été réalisées. L'objectif de 30 000 places est donc cohérent, d'autant qu'il s'agit du solde net : créations moins destructions. La COG prévoit à la fois des aides à la création mais aussi des dispositifs pour lutter contre les destructions de places. L'objectif de 30 000 places est réaliste, même s'il ne sera difficile à atteindre.

Nous nous inquiétons de l'empilement des normes et de leurs coûts : ces dernières années, chaque nouvelle place de crèche a coûté plus cher.

Les services de l'action sociale de la Cnaf ont rencontré leurs homologues de l'ADF afin d'aborder quatre sujets, notamment les relations entre les CAF et les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et la gestion du RSA entre les CAF et les départements. Deux autres sujets seront abordés : d'abord, les centres de protection maternelle et infantile (PMI) afin d'améliorer l'existant en facilitant les agréments et la constitution des dossiers ; ensuite, le travail social afin de faire mieux et de garder un haut niveau d'exigence.

**M. Vincent Mazauric.** – Nous sommes heureux que le PLFSS améliore les conditions de garde pour toute la fratrie lorsqu'un des enfants de la famille est porteur d'un handicap. En partant de son expérience, la branche famille a proposé cette mesure au ministère. Il y a bien sûr une relation avec le bonus « inclusion handicap » prévu par la COG. Ces mesures permettent de compenser en grande partie le surcoût dû à l'accueil dans une crèche d'enfants porteurs de handicaps. Notre conseil d'administration a souhaité que ce soutien intervienne dès l'accueil d'un premier enfant. Pour autant, il n'est pas prévu de verser un forfait aux assistantes maternelles accueillant ces enfants, même si la majoration du complément de mode de garde améliorera les choses. Nous estimons que les assistantes maternelles ont avant tout besoin d'être rassurées avant d'accueillir ces enfants. La COG prévoit d'accroître notre soutien au métier d'assistante maternelle, notamment par le financement de 1 000 emplois supplémentaires d'animation de relai d'assistantes maternelles.

*Nous estimons indispensable d'avoir une vision globale des problèmes rencontrés par une famille ayant un enfant – ou un adulte – porteur de handicap. Il existe dans la moitié des départements des structures ouvertes – les pôles ressources – qui se tiennent à la disposition des familles qui ont besoin de solutions.*

*Nous mettons tout en œuvre pour être prêts lors de la mise en place de la réforme de l'aide au logement : c'est un chantier informatique important.*

*Nous devons beaucoup communiquer en direction des allocataires, qui sont souvent des familles modestes, et renforcer les capacités d'accueil, quelle que soit la nature de cet accueil, notamment durant la phase de transition. Nous avons déjà beaucoup travaillé sur ce que nous appelons le « parcours usager », notamment en adaptant les procédures et en créant un simulateur sur internet. La révision de la « base ressources » nous aidera, en particulier pour les personnes qui déposent une première demande.*

*Quelles économies ce processus représentera-t-il ? Le projet de loi de finances les estime à environ 900 millions d'euros et elles s'expliquent principalement par l'effet « contemporanéité » des revenus pris en compte.*

*Peut-on envisager d'étendre ce dispositif ? Je le crois, mais il faut avancer par étapes et réussir la première qui est devant nous. Cette « base ressources » est également en cohérence avec la perspective d'un revenu universel d'activité, envisagé par le Président de la République lors de l'annonce du plan Pauvreté. Quelles que soient les décisions que prendra le législateur sur le principe et les modalités de ce revenu universel d'activité, il se situe dans la suite logique de la « base ressources » des aides au logement.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *L'équilibre de la branche famille devait être atteint dès 2017, avec un excédent de 0,3 milliard d'euros. L'exercice s'est en fait clôturé avec un déficit de 0,2 milliard d'euros. En 2018, il était prévu que l'excédent de la branche famille atteigne 1,3 milliard d'euros ; il est finalement révisé à 0,4 milliard. En 2019, un solde positif de 1,2 milliard est prévu. Bien évidemment, nous ne pouvons que nous féliciter de l'existence d'un excédent, mais l'objectif est-il tenable ?*

*La politique familiale s'oriente davantage – le mouvement avait commencé sous le quinquennat précédent – vers une politique sociale à caractère redistributif. Ainsi, la part des cotisations sociales dans les recettes reste encore majoritaire, mais elle diminue. Que pensez-vous de cette évolution ?*

**M. Vincent Mazauric.** – *Il est vrai que les prévisions de 2017 ne se sont pas vérifiées ; cela s'explique par les financements croisés avec la Mutualité sociale agricole et par divers ajustements de dernière minute avec l'Acoss. Pour autant, nous nous situons de manière structurelle sur une trajectoire de maîtrise et d'équilibre de la branche et il me semble que les prévisions pour 2019 sont tenables.*

**Mme Isabelle Sancerni.** – *Il est clair que la moindre revalorisation des prestations va peser sur le pouvoir d'achat des familles. On ne peut que le regretter !*

*Le conseil d'administration de la Cnaf s'interroge régulièrement sur l'introduction de mesures redistributives dans la politique familiale ; de manière générale, nous considérons qu'une politique publique de redistribution doit être distincte de la politique familiale et être financée par l'impôt.*

*En ce qui concerne la baisse de la part des cotisations sociales dans le financement de la branche, les représentants des employeurs au conseil d'administration, pour lesquels ce mouvement constitue un allègement de charges, y sont plutôt favorables, contrairement à ceux des organisations représentatives des salariés.*

**Mme Christine Bonfanti-Dossat.** – *Il est évidemment louable de vouloir créer de nouvelles places en crèche, mais il faut aussi s'intéresser aux structures existantes qui connaissent parfois de grandes difficultés, car ces difficultés se répercutent sur les tarifs et les collectivités locales. Il existe parfois un problème d'encadrement et de recrutement : par exemple, les personnes en contrat aidé doivent dorénavant passer une journée par semaine en formation à l'extérieur de la crèche. Par ailleurs, est-ce que les maisons d'assistantes maternelles ne font pas concurrence, d'une certaine manière, aux crèches ? C'est un peu le cas dans mon département.*

*Les derniers chiffres disponibles montrent que la fécondité baisse en France depuis 2015. Nous sommes maintenant en-dessous du seuil de deux enfants par femme. Existe-t-il un lien avec la moindre générosité de la politique familiale ? Comment cette politique peut-elle renverser la tendance que nous constatons ?*

*Enfin, que pensez-vous de l'alignement du congé de maternité des femmes ayant le statut d'indépendant sur celui des salariées ? Est-ce une mesure suffisante ?*

**Mme Frédérique Puissat.** – *Je souhaite d'abord remercier les caisses d'allocations familiales de la présence sur le terrain de leurs animateurs, qui permettent une bonne coordination avec les collectivités locales.*

*En ce qui concerne les crèches, il existe depuis l'an passé un dispositif qui permet de préserver les places existantes, voire de les développer, en prenant mieux en compte les territoires, en particulier lorsque nous nous situons aux confins des nouvelles intercommunalités. Avez-vous pris en compte ce dispositif en vue de la création des 30 000 places annoncées ?*

*Au sujet des réductions d'effectifs demandées à la branche, vous avez évoqué le fait de « mieux employer vos agents ». Quel est l'impact, dans ce contexte, du développement des maisons de services au public ? Ne pourrait-il pas y avoir, de manière subreptice, un transfert de charges de la branche vers les collectivités territoriales ?*

**Mme Brigitte Micouveau.** – *Sur le territoire, nous sentons un certain désengagement des caisses d'allocations familiales vis-à-vis des centres sociaux. Qu'en est-il réellement ? Quelles sont les perspectives en la matière ? Comment vous insérez-vous dans le plan Pauvreté ?*

**Mme Michelle Meunier.** – Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 contient peu de mesures sur la famille, hormis l'augmentation de 30 % du complément de mode de garde pour les familles ayant un enfant en situation de handicap. Je réitère devant vous ce que j'ai dit à la ministre : cette mesure est évidemment bienvenue, mais il est très important de diagnostiquer ces enfants le plus tôt possible. Aujourd'hui, les diagnostics sont souvent posés tardivement, notamment pour les troubles du comportement ou les retards de développement.

Je suis favorable, en ce qui me concerne, au développement des maisons d'assistantes maternelles. Ce sont des initiatives privées, qui viennent en complément des structures existantes, notamment collectives. Il serait certainement intéressant de réfléchir à spécialiser certaines de ces maisons sur l'accueil d'enfants porteurs de handicaps, à la condition de développer la formation.

Au sujet du non-recours aux droits, je voudrais évoquer plus particulièrement la question des impayés de pension alimentaire. Nous avons été nombreux à soutenir la création d'une garantie en la matière et nous savons qu'une agence de recouvrement a été créée. Ce dispositif est très important pour les personnes concernées, mais il souffre d'un certain manque d'information. Quel est le taux de recours à ce dispositif ? Comment aller au-delà et faciliter l'accès aux droits ?

Dernier point, la loi pour un État au service d'une société de confiance, qui a été promulguée en août dernier, habilite le Gouvernement à prendre des ordonnances visant à créer un guichet unique facilitant les démarches des porteurs de projets de modes d'accueil de la petite enfance. Où en est cette idée ?

**Mme Isabelle Sancerni.** – Il est vrai que les établissements d'accueil des jeunes enfants rencontrent des difficultés de recrutement, notamment pour les postes qui demandent certaines qualifications. Est-il par exemple nécessaire qu'un directeur de crèche soit obligatoirement une puéricultrice ?

En ce qui concerne le handicap, le conseil d'administration de la Cnaf, qui souhaite promouvoir une société plus inclusive, a adopté un bonus « inclusion handicap » qui s'appliquera dès 2019. Cette aide sera versée dès le premier enfant accueilli afin de lever les freins qui existent aujourd'hui. Nous souhaitons faciliter l'accès des enfants à la structure située au plus près du domicile des parents. Cette mesure va aussi dans le sens d'un meilleur repérage des enfants, qui sont éventuellement porteurs de handicaps. Nous avons également défini ce bonus de manière à ce qu'il tienne compte de la période durant laquelle les enfants ne sont pas encore diagnostiqués et reconnus par la MDPH.

Faut-il spécialiser certaines structures ? Nous souhaitons aider les structures qui intègrent l'accueil de ces enfants dans leur projet, mais je ne suis pas certaine qu'il faille spécialiser les structures. Pour aboutir à une société réellement inclusive, il faut que le maximum d'établissements puisse accueillir des enfants porteurs de handicaps. Certains enfants devront continuer d'être accueillis dans des structures spécialisées, mais nous devons continuer de répondre aux besoins de proximité et de simplicité pour les parents. D'autres crédits et dispositifs peuvent également aller dans ce sens, en particulier le fonds Publics et territoires et les pôles ressources, dont nous avons parlé tout à l'heure.

*Pour nous, les maisons d'assistantes maternelles constituent l'un des outils disponibles pour accueillir la petite enfance, elles sont complémentaires des autres structures. Nous souhaitons promouvoir dans le même temps l'accueil individuel et collectif.*

*Enfin, nous ne pouvons que soutenir l'extension du congé de maternité des indépendantes. C'est une mesure de justice sociale et il ne me revient pas d'en estimer le caractère suffisant ou non.*

**M. Vincent Mazauric.** – *Sur les assistantes maternelles, il faut dire que le secteur connaît une réelle morosité, à laquelle il faut remédier. Nous devons notamment travailler à une meilleure connaissance de ce qu'offrent ces professionnelles. En novembre, nous mettrons en ligne une nouvelle version de notre site monenfant.fr, qui permettra notamment d'améliorer l'information sur ce sujet : disponibilité, tarifs, caractéristiques du logement, localisation, heures d'ouverture... Là aussi, il nous faut travailler en lien avec les conseils départementaux.*

*En ce qui concerne les évolutions de la fécondité, il faut prendre de grandes précautions, parce qu'aucune étude scientifique n'est particulièrement convaincante sur la question, intéressante, posée par Mme Bonfanti-Dossat. En Allemagne, un récent effort a été porté sur les politiques familiales et il a été montré qu'il existait une corrélation entre cet effort et la – petite – amélioration de la fécondité constatée dans ce pays. Il existe de nombreuses incertitudes à ce sujet, mais il a été clairement prouvé que les parents sont plus sensibles aux prestations en nature qu'à celles en espèces.*

*En ce qui concerne l'extension du champ géographique d'un contrat enfant jeunesse, évoquée par Mme Puissat, nous respecterons la totalité des contrats en vigueur et la convention territoriale globale remplacera progressivement ce dispositif. Le niveau de soutien sera préservé, mais il ne faut pas oublier que le dispositif du contrat enfant jeunesse créait d'importantes inégalités, qui n'étaient pas justifiées. Nous mettrons aussi en œuvre un bonus territorial : au-delà d'une aide d'environ 2 000 euros par an et par place de crèche, nous verserons une aide complémentaire d'environ 1 000 euros dans les territoires les plus pauvres, ce qui réduira le reste à charge pour les collectivités.*

*Au sujet des maisons de services au public, je ne crois vraiment pas qu'il s'agisse d'une manière de transférer des charges aux collectivités territoriales. La branche famille est présente dans 80 % de ces maisons, le plus souvent par le paiement d'une quote-part de financement, et non par la présence physique de collaborateurs. D'ailleurs, il faut savoir que le coût unitaire d'accueil d'un usager, si tant est que ce calcul est pertinent, est plus élevé dans une maison des services au public que dans un guichet traditionnel, mais nous estimons que ce dispositif nous permet d'assurer une meilleure présence sur le territoire dans le cadre de projets voulus par les élus.*

*Concernant les centres sociaux, il ne faut absolument pas craindre un retrait de la branche. Au contraire ! Aujourd'hui, nous soutenons environ 2 500 centres sociaux et la nouvelle convention d'objectifs et de gestion prévoit d'en aider 400 supplémentaires, dont 260 dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville ou dans des zones de revitalisation rurale. Il nous semble que ces centres sont des lieux de resocialisation et d'ancrage extrêmement importants pour toutes les générations, y compris sur des sujets comme la radicalisation. Enfin, je dois vous dire que nous travaillons étroitement avec la fédération nationale des centres sociaux.*

*L'Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires, qui est une initiative remarquable de mon prédécesseur, a été créée il y a moins de deux ans et nous avons besoin d'un peu de temps pour en évaluer complètement l'impact. Cependant, elle donne déjà des résultats : nous estimions que 30 % à 40 % des pensions alimentaires n'étaient pas dûment payées et les premières évaluations montrent qu'entre 2014 et 2017 nous avons gagné environ 20 points sur ce taux. Nous avons donc la certitude de l'efficacité de cet outil, même s'il reste modeste. Il faut aussi prendre en compte la phase de mise en place du dispositif, qui entraîne au moment du regroupement des dossiers une période de baisse de la performance ; je dirais que nous sommes dans une forme de courbe en J : les résultats baissent avant de remonter fortement.*

*Au sujet du projet de guichet unique pour les porteurs de projets, mentionné par Mme Meunier, nous en sommes uniquement à la conception et nous travaillons avec les différents acteurs concernés. La branche famille doit se tenir prête à constituer ce guichet unique, mais nous devons définir les choses clairement avant d'adopter la moindre mesure, sous peine d'entretenir des illusions.*

**Mme Martine Berthet.** – *Les indus représentent un montant de 2,5 milliards d'euros. Je comprends qu'il est important pour la branche famille de les recouvrer, mais cela a un impact souvent lourd pour les familles concernées. En ce qui concerne les aides au logement, il semblerait que les logiciels ne prévoient pas une prise en compte trimestrielle des ressources. Qu'en est-il exactement ?*

**Mme Nadine Grelet-Certenais.** – *Il me semble que la branche famille est soumise à des injonctions contradictoires. D'un côté, vous devez faire des efforts sur l'emploi et les frais de gestion. De l'autre, les besoins de la population augmentent et les réformes prévues entraîneront nécessairement du travail supplémentaire pour les agents. Qui plus est, nous devons garder en tête qu'une part de la population aura toujours besoin d'interlocuteurs physiques, plutôt que d'écrans... C'est notamment le cas des personnes défavorisées. Comment allez-vous résoudre ces injonctions contradictoires ?*

*Par ailleurs, il faut noter que les collectivités locales et les centres de loisirs accueillent aussi des enfants porteurs de handicaps, ce qui entraîne des surcoûts et demande des formations complémentaires.*

*Dernier point sur la question du guichet unique : le recours à des appels à projets n'est pas toujours pertinent. Ce qui se fait par contractualisation doit également être pris en compte.*

**M. Michel Forissier.** – *Dans mon département, nous avons mis en place sur une zone industrielle plusieurs structures de nature différente pour accueillir les jeunes enfants, ce qui permet de prendre en compte les horaires de travail variés des parents. Pour nous, le secteur privé n'est pas un concurrent du public ou de l'associatif. Depuis 2004, nous avons à cet endroit une crèche qui accueille des enfants handicapés lourds. La caisse d'allocations familiales nous a beaucoup aidés sur ce projet et je tiens à vous en remercier à nouveau. La caisse finance notamment un emploi chargé de coordonner les modes de garde, ce qui est très important, car nous avons constaté qu'il existait des places libres dans certaines structures, alors que des listes d'attente existaient pour d'autres... Allez-vous continuer de financer ce type de poste de coordination ?*

---

*En ce qui concerne les centres sociaux, allez-vous continuer de financer le champ culturel, qui nous semble très important pour l'intégration et l'inclusion ?*

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – *Le Gouvernement a annoncé la création de 30 000 places de crèches, même si on nous dit que 5 000 places sont détruites chaque année. Comment cette mesure sera-t-elle financée ? Ce financement aura-t-il une répercussion sur les familles et sur les collectivités locales ?*

**Mme Victoire Jasmin.** – *Quel sera le financement des réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents ? Comment seront organisés les contrôles des structures d'accueil, qui sont régies par de nombreuses normes en termes de qualité et de sécurité ?*

**Mme Patricia Schillinger.** – *Dans mon département, le Haut-Rhin, à la frontière de la Suisse et de l'Allemagne, les crèches manquent cruellement de personnel, car les salaires sont nettement moins élevés que de l'autre côté de la frontière...*

*Par ailleurs, il me semble que les maisons d'assistantes maternelles sont parfois un leurre, parce que le turn-over des enfants y est faible.*

*J'ai travaillé à la préparation du plan Pauvreté qui a été annoncé par le Président de la République, qui contient nombre de mesures importantes. De manière plus générale, on constate que plusieurs pays ont mis en place des systèmes plus simples d'allocations. Ne pourrions-nous pas, par exemple, supprimer les centimes et arrondir les allocations à l'euro supérieur ? En Allemagne, le système est basé sur une allocation « à l'enfant » : chaque famille reçoit un même montant – 192 euros – dès le premier enfant, sous conditions de ressources, jusqu'à ce que l'enfant ait 26 ans. Ne pourrions-nous réfléchir à une politique familiale qui se base sur le principe « un enfant, un droit » ? Notre système est particulièrement compliqué !*

**M. Vincent Mazauric.** – *Il est vrai, madame Berthet, que les indus constituent un sujet difficile du point de vue des familles, mais nous appliquons la loi, qui prévoit des barèmes permettant de laisser un reste à vivre à ces familles. En outre, dans la très grande majorité des cas, les indus sont prélevés sur les allocations à venir. Nous sommes évidemment conscients de la difficulté et nous nous fixons pour objectif de réduire la génération d'indus.*

*Par ailleurs, nous menons de très intenses travaux pour actualiser nos logiciels afin d'être en capacité de mettre en œuvre dans les délais la réforme des aides au logement : ces travaux représentent un montant de 20 millions d'euros et 16 000 jours homme.*

*Madame Grelet-Certenais, vous avez raison, les efforts prévus dans la convention d'objectifs et de gestion sont importants, mais rien n'est changé à notre vocation de service public de proximité. Nous ne sommes pas des partisans de la dématérialisation à outrance. Ce processus simplifie beaucoup de choses et évite des déplacements, mais il ne doit négliger personne. Il faut lutter contre la fracture numérique, mais notre disponibilité ne peut pas non plus être illimitée. Si nous promovons l'accueil sur rendez-vous, c'est d'abord pour mieux traiter les dossiers des allocataires.*

*Si la mise en place de la prime d'activité a été un très grand défi, en particulier en 2016, elle constitue aussi une réussite. Il fallait, déjà, modifier la temporalité du dispositif et passer à la « contemporanéité ». Finalement, la question la plus décisive est celle de la compréhension du changement par les citoyens.*

*Monsieur Forissier, nous restons prêts à aider financièrement les postes de coordination. Vous posez aussi, d'une certaine manière, la question du recours et je souhaite vous donner un exemple : en Seine-Saint-Denis, le taux d'équipements en accueil des jeunes enfants est inférieur de 20 points à la moyenne nationale et ces équipements sont pourtant sous-employés !*

*Par ailleurs, nous n'allons pas tourner le dos aux activités culturelles dans le cadre de notre soutien aux centres sociaux. La culture n'est pas notre mission en elle-même, puisque nous sommes chargés d'aider au développement des enfants et des jeunes, mais comment ne pas penser à ce sujet dans le cadre de nos missions ? Pour les nouveaux centres que nous allons soutenir, nous souhaitons augmenter nos exigences en termes de rayonnement de la structure, mais il n'y a aucun ostracisme à l'encontre de la culture.*

**M. Michel Forissier.** – *Surtout qu'elle contribue à l'intégration !*

**M. Vincent Mazauric.** – *Je crois que nous avons répondu à la question de Mme Apourceau-Poly dans notre propos liminaire.*

*Madame Schillinger, l'organisation générale de la politique familiale relève du Gouvernement et du Parlement... La situation particulière de votre département montre combien il est difficile de répondre à toutes les situations. C'est d'ailleurs ce constat qui a motivé la création d'un bonus « mixité » dans la nouvelle convention d'objectifs et de gestion. Le mode de financement des crèches pousse à optimiser le remplissage, ce qui peut parfois se faire au détriment d'enfants issus de familles qui ne payent pas beaucoup. Le bonus « mixité », 70 millions d'euros sur la période de la convention, est destiné à aider 90 000 places pour répondre à ce problème.*

**Mme Isabelle Sancerni.** – *Le bonus « inclusion handicap » sera utilisable uniquement dans les établissements d'accueil des jeunes enfants. Pour les accueils de loisirs sans hébergement, il sera possible de mobiliser le fonds Publics et territoires. Le prochain conseil d'administration de la Cnaf devrait aborder cette question.*

*Par ailleurs, les réductions d'emplois et les économies sur les frais de gestion ne seront possibles, à mon sens, que si la réforme des aides au logement se passe comme prévu. Nous devons être particulièrement attentifs à l'automatisme au moment de l'ouverture des droits, mais aussi dans les phases ultérieures, notamment lors de la liquidation des allocations. Nous devons aussi accueillir de nombreuses personnes dans nos locaux au moment de la transition. Il faudra donc que, malgré les délais très serrés, nous soyons en capacité de tester pleinement la chaîne de production avant la mise en œuvre de la réforme.*

*Enfin, nous avons travaillé sur la question du non-recours dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion. Depuis quelques années, nous organisons des « rendez-vous des droits » : ils sont passés de 100 000 à 300 000 environ et, à leur issue, le taux d'ouverture des droits reste très élevé. Nous constatons d'ailleurs qu'il est important de bien cibler les personnes dans le cadre de ce type de dispositif.*

---

**M. Yann-Gaël Amghar,**  
directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

*Réunie le 24 octobre 2018, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de M. Yann-Gaël Amghar, directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.*

*M. Alain Milon, président.* – Nous accueillons M. Yann-Gaël Amghar, directeur de l'Acoss, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

*L'Acoss occupe une place importante dans le PLFSS pour 2019, notamment en raison de sa nouvelle mission d'interface financière ou de caisse de compensation entre le régime général de sécurité sociale et les autres administrations de sécurité sociale, en particulier les régimes de retraite complémentaire.*

*La question de la dette des différentes branches de la sécurité sociale reste également un point d'attention pour notre commission, d'autant que le Gouvernement semble désormais la considérer de façon très globale, les excédents cumulés de la branche AT-MP ayant, semble-t-il, vocation à compenser la dette des autres branches.*

*M. Yann-Gaël Amghar, directeur de l'Acoss.* – Notre rôle de caisse de compensation a connu une évolution en 2018, avec des prolongements en 2019.

*En 2018, nous avons joué un rôle dans la compensation à l'Unédic des mesures de diminution puis de suppression des contributions salariales à l'assurance chômage. Nous avons intégralement compensé la perte pour l'Unedic, à l'euro près, et nous avons reçu en retour de l'État une fraction de TVA – 5,6 % –, calibrée pour correspondre au montant exonéré. Nous jouons un rôle de chambre de compensation dans le sens où, si nous garantissons à l'Unedic l'intégralité de la perte de recettes liée à la suppression des cotisations salariales, nous n'avons pas de garantie à l'euro près sur la fraction de TVA qui nous est versée. Tout décalage aura donc un impact sur les comptes de la sécurité sociale.*

*Ce schéma a été transposé en 2019 pour gérer l'extension des allègements généraux de cotisations sociales. Il est en effet prévu, pour compenser la suppression du CICE, de renforcer les allègements de cotisations patronales sur les salaires, notamment au niveau du SMIC. Ces allègements portent sur les cotisations patronales à l'assurance chômage et aux régimes complémentaires Agirc-Arrco. Là encore, nous jouerons un rôle de caisse de compensation, en reversant à l'Unédic et à l'Agirc-Arrco l'intégralité des cotisations exonérées. En regard, nous recevrons une fraction de taxe sur les salaires et de TVA.*

*Ce rôle de compensation, qui s'élargira donc en 2019, n'a pas posé de difficultés pour l'instant. La nouvelle « tuyauterie » qu'il nous faudra créer avec l'Agirc-Arrco ne devrait pas poser de problèmes non plus.*

*Vous avez également mentionné notre rôle dans la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale, qui connaît une évolution importante dans le PLFSS pour 2019. En effet, une partie de la dette accumulée par le régime général et portée par l'Acoss a vocation à être reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, la Cades.*

*Cette dette se compose des déficits cumulés du régime général non couverts par les précédentes reprises de dette, notamment celle votée en 2010.*

*Il convient de distinguer ce qui relève de la dette et des besoins de trésorerie. L'écart entre les deux tient, d'une part, aux fortes variations mensuelles de nos flux de trésorerie, d'autre part au fait que nous refinançons d'autres dettes que celle du régime général, en particulier celle du régime agricole.*

*Au sens comptable, on peut soit regarder globalement les comptes des différentes branches du régime général, soit se focaliser sur les branches déficitaires. Or, comme vous l'avez mentionné, monsieur le président, la branche AT-MP a cumulé des excédents depuis plusieurs années. Ces excédents restent bien la « propriété » de cette branche, mais, dès lors que nous exerçons une gestion mutualisée de la trésorerie, nous couvrons le besoin de financement des autres branches avec les excédents de la branche AT-MP. Pour employer une image, c'est comme si un syndicat de copropriétaires finançait par une trésorerie mutualisée les défaillances de certains copropriétaires. Dans tous les cas, les crédits et les dettes des uns et des autres ne sont pas annulés.*

*Si l'on raisonne uniquement sur les déficits non repris, sans faire masse avec les excédents existants, la dette du régime général s'établirait à 26,5 milliards d'euros fin 2018. La Cades en reprendra 15 milliards d'euros, selon un calendrier qui reste à préciser. Par ailleurs, selon les prévisions pluriannuelles annexées au PLFSS, les excédents dégagés jusqu'en 2022 devraient permettre de couvrir les 11,5 milliards d'euros restant. Nous aurions donc une dette résiduelle de 1 milliard d'euros pour le régime général fin 2022.*

*Cette reprise de dette est réalisée sans allonger l'horizon de vie de la Cades, par des transferts de recettes de la sécurité sociale vers la Cades à hauteur des besoins correspondants.*

*Soyons clairs : aujourd'hui, l'Acoss n'éprouve aucune difficulté à placer la dette qu'elle gère sur les marchés, dans un contexte de recherche de bonnes signatures publiques et de taux extrêmement bas, voire négatifs. C'est contre-intuitif, je vous l'accorde, mais la dette rapporte aujourd'hui de l'argent au régime général. La reprise de dette ne répond donc pas à une nécessité technique immédiate. Elle vise à anticiper un retournement de taux – nous y sommes plus exposés dans le cadre d'un financement à court terme – ou à aborder avec une situation financière apurée un éventuel retournement de cycle économique.*

*Si nous n'avions pas procédé à certaines opérations, le régime général allait constituer de très importants excédents dans les années à venir. Une partie de ces excédents sera donc laissée au régime général, une autre donnera lieu à des réductions de compensation bénéficiant au budget de l'État, une dernière enfin sera utilisée pour transférer des recettes à la Cades et financer la reprise de dette.*

---

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'Acoss est-elle rodée pour aborder la compensation des exonérations de contributions patronales sur les retraites complémentaires ?

Par ailleurs, cette compensation ne fera-t-elle pas peser un risque financier sur les caisses du régime général et vous semble-t-il possible de pérenniser ce système ?

Le PLFSS prévoit également de réinstaurer une exonération de cotisations salariales pour les heures supplémentaires et complémentaires.

D'après votre expérience, identifiez-vous un risque de contournement du dispositif par les entreprises qui préféreraient, par exemple, avoir recours aux heures supplémentaires plutôt que d'augmenter les salaires ?

Nous avons visité l'Urssaf du Nord-Pas-de-Calais pour voir comment se déroulait l'intégration du régime social des indépendants (RSI) dans le régime général. Le processus semble bien se passer et cette visite a permis de lever un certain nombre d'inquiétudes que nous pouvions légitimement avoir. L'article 16 du PLFSS prolonge en 2019 l'expérimentation de l'autoliquidation des cotisations sociales des travailleurs indépendants, déjà prévue dans le PLFSS pour 2018. Pourriez-vous nous préciser la nature du dispositif expérimental et les raisons du retard dans sa mise en œuvre ? Avez-vous identifié les risques susceptibles de compromettre la réussite de cette expérimentation ? Cet article 16 vise aussi à simplifier aussi le calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants. Le dispositif vous paraît-il intelligible ? Les modalités de calcul nous semblent quelque peu complexes... Enfin, que pensez-vous de l'idée d'utiliser à terme, comme assiette des revenus, le revenu brut, comme pour les salariés, et non plus le revenu net, même si cette piste a été repoussée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans un de ses rapports ?

**M. Jean-Noël Cardoux.** – Nous approchons enfin de la vérité sur les transferts entre l'Acoss et la Cades. Vous nous avez donné un chiffre de 26,5 milliards d'euros qui, à mon sens, correspond à la réalité puisque, en dépit des jeux sur la trésorerie en utilisant l'excédent de la branche accidents du travail (ATMP), le déficit non transféré de l'Acoss équivaut aux déficits cumulés qui n'ont pas été repris par la Cades. Vous l'avez clairement dit. Il serait beaucoup plus clair, lorsque l'on communique sur ces chiffres de bien montrer la différence entre les besoins de trésorerie dans l'année et les déficits non transférés. Lors de nos auditions, un membre du gouvernement a chiffré ce déficit à 28 milliards d'euros tandis qu'un de ses collègues l'a chiffré à 23 milliards... Nous confirmez-vous que le déficit s'élève bien à 26,5 milliards d'euros ? 15 milliards d'euros devraient être repris par la Cades sans augmentation de sa durée de vie. En définitive, il restera 11,5 milliards que l'on espère amortir grâce à la croissance. La Cades devrait bénéficier d'une affectation supplémentaire de CSG, mais qui sera limitée à 5 milliards d'euros. Cela sera-t-il suffisant pour amortir ces 15 milliards ? Quant à la croissance, il semble que l'alignement des planètes soit passé. La conjoncture économique permettra-t-elle d'amortir la dette ?

*Enfin, plutôt que de transférer des points de la CSG, qui joue le rôle d'une taxe passe-partout, ne serait-il pas plus logique de reconnaître que la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) a été créée pour amortir la dette sociale, et de calculer le montant nécessaire en conséquence, quitte à réduire la CSG à due concurrence pour ne pas accroître la pression fiscale ?*

**M. Yann-Gaël Amghar.** – *Les nouvelles opérations de compensation en 2019 avec l'Agirc-Arrco ne poseront pas de difficultés. Nous gérons déjà les compensations de beaucoup d'organismes comme les autorités organisatrices de transport ou les fonds de formation. Selon la théorie macroéconomique, la masse salariale, que l'on doit compenser, et la TVA, fondée sur la consommation, évoluent de manière identique à moyen terme. Il ne faut donc pas craindre un désajustement à moyen terme. L'important est que le Parlement se prononce sur la fraction de TVA affectée chaque année et que le montant transféré corresponde au montant à compenser.*

*Concernant l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires, la théorie économique a pu mettre en avant un risque de substitution. C'est pourquoi la législation prévoit certaines précautions pour éviter une substitution d'éléments de rémunération par des heures supplémentaires. Si par exemple un élément de rémunération, comme une prime fixe, est supprimée dans les 12 mois suivant la mise en place de l'exonération sur les heures supplémentaires, l'exonération pourra être remise en cause. Nous ferons des contrôles. Dans tous les cas, le recours aux heures supplémentaires devra s'exercer dans le respect du code du travail et des conventions collectives.*

*L'intégration du régime des indépendants au régime général progresse selon une bonne dynamique. Les indicateurs sont très positifs, qu'il s'agisse de la prise en charge des appels téléphoniques, de la réduction des impayés ou de la baisse du nombre des réclamations. Par ailleurs, les offres de services, qui avaient été annoncées par le gouvernement, se mettent en place, comme une offre de service digital pour les micro-entrepreneurs, avec une possibilité de déclarer ou de payer sur une application mobile. Le site dédié aux auto-entrepreneurs qui était très vétuste a été refondu. L'autoliquidation sera expérimentée à partir de janvier.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *Quid des salariés du RSI ?*

**M. Yann-Gaël Amghar.** – *Les salariés sont toujours salariés des Caisses déléguées à titre transitoire. Les négociations en vue de définir un accord d'accompagnement n'ont pas abouti, mais les employeurs du régime général ont mis en place des mesures d'accompagnement. Des rencontres sont organisées entre les salariés du RSI et leurs futurs employeurs. Un processus de recueil de vœux a été mis en place. On vient de finir de recueillir les vœux d'affectation des salariés. Un travail de rapprochement de ces vœux d'affectation avec les besoins d'emplois des différentes branches va se dérouler. Des entretiens seront organisés sur cette base, avec l'objectif de satisfaire le plus grand nombre de premiers choix. Si le premier choix ne peut être satisfait, un second entretien sera organisé, et ainsi de suite, afin d'affecter l'intégralité des salariés. Les employeurs se sont engagés à ne pas procéder à des licenciements économiques, à ne pas imposer de mobilité géographique, et à accompagner les mobilités géographiques ou fonctionnelles. Le souhait est d'aboutir le plus rapidement possible*

---

*pour donner aux salariés du RSI une visibilité sur les affectations, sans attendre la date butoir de la fin de l'année 2019, et de pouvoir intégrer des salariés avant cela pour lisser le processus. Une négociation est en cours sur l'accord de transition, c'est-à-dire sur la translation des rémunérations et avantages liés à la convention collective du RSI dans la convention collective du régime général. Nous espérons conclure le processus pendant l'hiver 2018-2019.*

*Il n'y a pas, à mon sens, de retard dans le chantier de l'autoliquidation. La loi de financement pour 2018 avait prévu une fin d'expérimentation le 30 juin, ce qui n'est pas le bon moment. Mieux vaut aligner le calendrier de l'expérimentation sur celui de l'examen du PLFSS pour que le législateur puisse prolonger ou généraliser l'expérimentation s'il le souhaite. Il serait donc souhaitable que l'expérimentation aille jusqu'à la fin de l'année 2019.*

*Aujourd'hui, au titre de 2018, les indépendants, ont payé, en début d'année, des cotisations provisoires sur la base du dernier revenu connu, celui de 2016. Au moment de la déclaration de revenus, l'échéancier est ajusté en fonction des revenus de 2017. Fin 2019 enfin, il y aura un ajustement au titre des revenus déclarés définitivement en 2018. Je note d'ailleurs que le passage de l'impôt à la source consiste finalement à aligner le calendrier de l'impôt sur le revenu sur le calendrier que les indépendants connaissent déjà pour les cotisations sociales. Avec le système qui sera expérimenté à partir de l'année 2019, un entrepreneur pourra déclarer en ligne son estimation de revenu du mois passé. Son échéancier s'ajustera immédiatement et il pourra modifier son estimation de revenu tous les mois. In fine, une régularisation aura lieu en fonction des revenus effectifs. Ce service sera facultatif parce que tous les indépendants n'ont pas les mêmes besoins. Ceux qui ont des revenus variables apprécient cette possibilité d'ajustement mensuel, mais celle-ci sera moins utile à ceux qui ont des revenus plus stables. Nous avons coconstruit ce projet, en 2018, avec les travailleurs indépendants. Durant le premier semestre, nous avons organisé des ateliers avec un panel indépendant pour identifier les besoins et les fonctionnalités attendues. Depuis juin, nous travaillons à des prototypes, à définir l'interface. Nous sommes désormais en phase de développement pour pouvoir lancer l'expérimentation à partir de janvier 2019. Les premiers retours des panels sont positifs, ils apprécient la simplicité du modèle. L'expérimentation, en 2019, ne concernera que les artisans et les commerçants, hors départements d'outre-mer, qui payent de manière mensuelle. Si le résultat est positif, nous proposerons, en 2020, ce service aux professions libérales, à ceux qui payent de manière trimestrielle et aux outre-mer. Ce service permet d'assurer la contemporanéité entre le revenu et la cotisation. Le système repose sur la confiance à l'égard des travailleurs indépendants. Si un écart important de revenu apparaît entre les déclarations mensuelles et la régularisation finale, il n'y aura pas de pénalités. À chacun de savoir estimer son revenu. L'intérêt des indépendants n'est pas de sous-estimer leur revenu mensuel et de créer une dette qu'ils devront solder à la fin.*

*La définition de l'assiette est complexe, en effet. L'assiette des cotisations sociales des indépendants est l'assiette nette des cotisations, alors que la CSG est assise sur une assiette brute. Cela signifie que l'on demande aux indépendants de déclarer le montant des cotisations qui est pourtant le résultat même de leur calcul... La formule de calcul est un peu sophistiquée et le système n'est pas totalement intuitif. C'est pour cela que le PLFSS prévoit, non pas un changement de l'assiette, mais que les organismes de*

*recouvrement puissent mettre à disposition du travailleur indépendant le résultat de ce calcul, de façon à ne pas leur demander de le recalculer eux-mêmes. C'est une amélioration, mais on s'inscrit dans un cadre qui reste complexe. Vous posez la question du passage à une assiette brute à des fins de lisibilité et de simplicité, afin d'aligner l'assiette des cotisations sociales et celle de la CSG, et d'éviter aux gens de déduire eux-mêmes des cotisations qu'ils ont eux-mêmes calculées. Cette évolution serait pourtant problématique.*

*En effet, dès lors que le rapport entre le revenu brut et net n'est pas le même pour tous les indépendants, il semble extrêmement difficile de réaliser un changement de ce type sans faire des perdants et des gagnants. Cela rendrait aussi encore plus difficile les comparaisons des niveaux de prélèvements entre les différents groupes professionnels. Or, dans le cadre de la réforme des retraites, l'enjeu est de pouvoir disposer de comparaisons entre les différents groupes socio-professionnels. L'assiette brute des salariés ne correspond ni au brut ni au net des indépendants. Le brut des indépendants correspond en fait au super-brut des salariés. Cela rend les comparaisons des niveaux de prélèvements très délicates car les taux faciaux ne disent rien du taux effectif de prélèvement.*

*Monsieur Cardoux, le chiffre de 23,5 milliards d'euros correspond à la dette fin 2017, tandis que celui de 28 milliards d'euros correspond à la dette fin 2019, sans les excédents de la branche AT-MP. 15 milliards d'euros seront transférés à la Cades : 1,5 milliard en 2020, 3,5 milliards en 2021, 5 milliards en 2022 et 5 milliards en 2023. Quant à l'arbitrage entre augmentation de la CRDS et baisse de la CSG, d'une part, et l'affectation de la CSG, d'autre part, il s'agit d'une affaire de choix, dans la mesure où le niveau de prélèvements serait équivalent, sur le caractère transitoire ou non du prélèvement affecté.*

**Mme Frédérique Puissat.** – *Je tiens à vous remercier d'avoir mis en place les mécanismes de compensation financière. Cela a dû représenter un travail important pour toutes vos équipes. S'agissant de l'assurance-chômage, il a été annoncé que les transferts seront compensés à l'euro près. Toutefois, entre-temps, la loi sur l'avenir professionnel a changé le périmètre des bénéficiaires en incluant les indépendants. Il a été difficile d'estimer le coût de cette mesure, que l'on estime finalement à 500 millions d'euros. Sera-t-il possible de flécher ce dispositif pour évaluer son coût avec précision ?*

**Mme Laurence Cohen.** – *Les nouvelles exonérations de cotisations patronales prévues dans le PLESS, y compris le remplacement du CICE, ne devraient plus être compensées qu'à 50 % par l'État. La règle d'or édictée en 2004 selon laquelle l'État devrait compenser intégralement à la Sécurité sociale le coût des exonérations de cotisations patronales est ainsi mise à mal. Quel sera l'effet de cette décision pour la dette de l'Acoss et la pérennité du système de sécurité sociale ?*

*L'Acoss place la dette sociale auprès d'établissements bancaires qui font actuellement l'objet de contentieux pour fraude et blanchiment d'argent. Comment expliquez-vous que les cotisations des assurés sociaux aboutissent sur les marchés financiers ? Quel est le montant de la rémunération de ces établissements ? L'État et l'Acoss sont-ils conscients des doutes quant à la sincérité de ces établissements mis au jour par l'affaire des Panama papers ?*

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – Ma question est similaire. Quel sera l'effet de la non-compensation de l'exonération des cotisations sociales sur les heures supplémentaires ? Est-ce normal ?

**M. Jean-Louis Tourenne.** – La loi Pacte prévoit d'exonérer les entreprises du forfait social sur l'intéressement et la participation. Il n'y aura vraisemblablement pas de compensation. Les entreprises ne seront-elles pas incitées à transformer des hausses de salaires en intéressement ou en participation, même si la loi s'y oppose ? Le transfert du CICE vers une baisse de cotisations pérenne pour les entreprises ne sera vraisemblablement pas compensé. Il est aussi envisagé que l'État reverse au budget général les excédents de la Sécurité sociale au-delà d'un seuil d'un milliard d'euros. Cela ne met-il pas en péril le remboursement de la dette ? L'Acoss pourra-t-elle continuer à verser des prestations sans recevoir les recettes nécessaires ?

**Mme Nadine Grelet-Certenais.** – Quelles seront les conséquences budgétaires du reste à charge zéro pour l'optique et les soins dentaires ? Les coûts supplémentaires seront-ils absorbés par les complémentaires ? Doit-on craindre une hausse des cotisations ?

**M. Daniel Chasseing.** – Quelle sera la participation au budget de l'État de la Sécurité sociale avec l'exonération des heures supplémentaires, la transformation du CICE et le dispositif « zéro charge » au Smic ?

**M. Yves Daudigny.** – En 2018, l'Acoss a joué le rôle de caisse de compensation pour l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce, l'Unédic. En 2019 elle jouera le même rôle pour l'Agirc-Arrco. Est-ce la première fois que l'Acoss sort du périmètre de la Sécurité sociale ?

**M. Yann-Gaël Amghar.** – L'Acoss assure depuis longtemps des missions de collecte hors du périmètre de la Sécurité sociale. Elle est ainsi organisme collecteur pour l'Unédic depuis 2011. Nous collectons aussi pour les organisatrices de mobilité le versement transport, certaines contributions au titre de la formation. Certes il ne s'agit pas de missions de compensation, mais au travers de ces missions de collecte nous avons des relations de trésorerie avec des organismes régimes en dehors de la Sécurité sociale.

La non-compensation des exonérations de charges relève d'un choix politique sur lequel l'opérateur n'a pas à se prononcer. Dans l'état actuel des prévisions économiques, ces non-compensations n'empêcheront pas un retour de la Sécurité sociale à l'équilibre, voire à une situation excédentaire.

Faut-il craindre des effets de substitution à cause des exonérations de charges ? Aujourd'hui la loi interdit toute substitution : un employeur qui supprimerait une prime fixe pour la remplacer par de l'intéressement se mettrait hors la loi. Mais la question peut se poser à long terme, avec un arbitrage entre dynamique salariale ou abondement de l'intéressement ou recours aux heures supplémentaires. La réponse relève de l'analyse économique.

Je ne peux pas répondre à la question sur le « reste à charge zéro ». Il faudrait plutôt interroger l'Assurance-maladie à ce sujet.

*Même si l'extension de la couverture chômage aux indépendants relèvera de Pôle emploi, je pense que l'organisme sera en mesure de suivre le coût de cette mesure et de l'évaluer.*

*La politique de financement de l'Acoss repose à la fois sur des avances par certains établissements, principalement la Caisse des Dépôts et consignations (CDC), et sur l'émission de titres sur les marchés financiers.*

**M. Alain Gubian, directeur des statistiques, des études et de la prévision, directeur financier de l'Acoss.** – *Depuis plusieurs années la part du financement obtenue sur les marchés financiers est très forte. La CDC nous fait des avances les jours difficiles, comme le 9 du mois, jour où nous payons les pensions et où la CDC nous avance 2,5 milliards d'euros. Le financement de l'Acoss est délicat parce que les variations de trésorerie sont très fortes. La CDC nous fait des avances ponctuelles de trésorerie. Le reste du financement, à hauteur de 95 % environ, provient des marchés financiers. Les investisseurs sont rémunérés aux taux de marché – ils sont d'ailleurs négatifs actuellement. Les intermédiaires bancaires sont rémunérés grâce à des écarts de taux qui sont très limités. Notre facture bancaire principale est celle de la CDC qui est liée à la tenue du compte. Les banques interviennent aussi pour les Urssaf et les CPAM dans le cadre d'un marché avec une rémunération pour le service rendu. La rémunération liée aux échanges financiers sur les marchés est très limitée. Je reste à votre disposition pour vous fournir une réponse plus complète.*

**Mme Laurence Cohen.** – *Volontiers !*

**M. Yann-Gaël Amghar.** – *Je rappelle aussi que, comme les taux sont négatifs, la dette nous rapporte environ 100 millions d'euros par an.*

*Monsieur Cardoux, en 2019, l'exonération de cotisations salariales coûtera 600 millions d'euros, tout comme l'exonération du forfait social, tandis que le changement de seuil de la CSG coûtera 300 millions d'euros. Quant à la transformation du CICE en allègement de charges, elle devrait faire l'objet d'une compensation.*

**M. Alain Milon, président.** – *Je vous remercie.*

**M. Jean-Paul Delevoye,**  
haut-commissaire à la réforme des retraites

*Réunie le 24 octobre 2018, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de M. Jean-Paul Delevoye, haut-commissaire à la réforme des retraites.*

*M. Alain Milon, président.* – Nous accueillons ce matin M. Jean-Paul Delevoye, haut-commissaire à la réforme des retraites, pour sa première audition devant notre commission depuis sa nomination il y a un an.

*Après six mois de concertation, vous avez communiqué, monsieur le haut-commissaire, sur les grandes lignes de la réforme le 10 octobre dernier. La réforme des retraites est un sujet sensible pour nombre de nos concitoyens. Aussi, chacune des annonces du Gouvernement est scrutée avec la plus grande attention et peut susciter de vives réactions, comme nous l'avons observé pour les pensions de réversion. Nous comprenons donc parfaitement que la préparation de la réforme fasse l'objet de précautions particulières. Pour autant, à lire les réactions des partenaires sociaux, certains, dont les parlementaires que nous sommes, sont « restés sur leur faim ». La présente audition vise, dans la mesure du possible, à préciser certains points.*

*Pour ma part, je m'interroge sur la façon dont il faut comprendre vos annonces, monsieur le haut-commissaire, concernant la transition entre l'ancien et le nouveau système : s'agit-il d'arrêter les comptes et de liquider la partie de carrière cotisée avant la réforme selon les règles actuelles et d'ouvrir une deuxième partie de carrière cotisée selon les nouvelles règles ? Ou envisagez-vous de convertir en points les trimestres déjà cotisés et de liquider l'ensemble de la carrière selon les nouvelles règles ? Quel serait, enfin, le calendrier d'examen du texte ?*

*M. Jean-Paul Delevoye, haut-commissaire à la réforme des retraites.* – Je comprends votre impatience, qui est parfaitement légitime. Néanmoins, s'agissant de la mise en place d'un système universel et non d'une simple réforme des retraites, notre méthode consiste d'abord à engager un dialogue constructif avant d'aboutir à l'élaboration d'un texte ficelé, qui sera examiné en 2019. Pour cela, nous avons séquencé l'année en six périodes : la première a consisté à réfléchir au schéma que nous voulons mettre en place, à écouter les interrogations des uns et des autres, à susciter des débats et, lors de la réunion unilatérale du 10 octobre, à en tirer des conclusions. Poser des affirmations avant que le dialogue ne s'engage est contraire à notre méthode. C'est pourquoi, alors que nous avons entamé hier avec les partenaires sociaux un dialogue qui devrait se poursuivre durant toute la semaine, vos suggestions seront examinées en vue de fixer le calendrier et le rythme des thèmes à aborder.

*Deux questions principales sont posées. Elles ont d'ailleurs été également posées par les observateurs européens.*

*En premier lieu, bien que la situation des personnes âgées et des retraités soit l'une des meilleures au sein de l'OCDE, le système est quasiment à l'équilibre. Pourquoi est-il nécessaire de mettre en place un système universel ? Nous avons décidé de nous laisser de nouveau emporter par le souffle de l'histoire, qui est apparu en 1945 : à cette époque, MM. Croizat, Parodi et Laroque ont mis en place l'universalité des droits, mais la société française était fragmentée et le principe de l'universalité des régimes pour tous les travailleurs s'est heurté au refus de certaines catégories professionnelles. Dans les faits, cela a abouti au maintien, par les ordonnances de 1945 et 1946, de régimes dérogatoires, qui devaient être transitoires. En outre, une loi ayant été votée sur la généralisation de la sécurité sociale, une autre loi a été votée en 1945 pour la défaire.*

*Le Président de la République a posé la vraie question : dans un monde de « l'inconnaissable », alors que s'affrontent des thèses entre les « techno-optimistes » et les « techno-pessimistes » concernant la croissance économique, la part salariale et la robotisation du travail qui atteint les 42 %, les incitations financières aux familles pauvres ou l'appel à la classe moyenne, et à un moment où les frontières entre les métiers, notamment dans le domaine médical, sont en passe d'être abolies, il est irresponsable de laisser entendre que la solidité de la retraite de chacun passera par la solidité de sa profession. Désormais, nos jeunes effectueront plusieurs métiers au cours de leur vie – une quinzaine selon certains ; c'est pourquoi un système universel permettant d'accompagner les différents parcours professionnels devenait essentiel.*

*En second lieu, nos concitoyens ont vivement réclamé que la retraite soit le reflet du travail fourni par chacun au cours de sa vie professionnelle et qu'elle soit équitable pour tous.*

*L'une des forces du régime universel est d'être lisible, juste, solide financièrement, et d'instaurer des règles de grande convergence concernant les taux ou les assiettes des cotisations : ainsi, les salariés du privé comme les fonctionnaires cotiseront sur la totalité de leur salaire, primes comprises, mais certaines spécificités seront prises en compte. En définitive, nous proposons un système comme réponse à un projet de société. À ce sujet, je vous remercie, monsieur le président, d'avoir organisé un déplacement auquel j'ai participé en Suède, en Italie, en Allemagne. J'ai rapidement eu la perception que tout projet de retraite devait correspondre à l'ADN et au projet politique du pays concerné. En Suède, chacun doit trouver son épanouissement au travail, d'où l'ergonomie, l'augmentation de la valeur ajoutée par poste, l'allègement des charges au travail et la loi qui fixe à soixante-neuf ans l'âge de départ à la retraite ainsi que l'interdiction de licencier un salarié de soixante-sept ans. Ce système, qui met aussi l'accent sur la capitalisation, est critiqué par une partie des Suédois mais correspond à un projet de société accepté par tous. En Allemagne, la compétitivité économique l'emporte sur le bien-être des retraités, par le biais de la baisse des pensions du régime général et de la mise en place d'un système de capitalisation – les fonds « Riester » – auquel n'ont pas accès les salariés modestes, ce qui est un facteur d'aggravation de la pauvreté des retraités. En Italie, enfin, les discours populistes mettent à mal tous les équilibres du système de retraite.*

Notre volonté était d'intégrer totalement l'ADN de la société française, afin de bâtir un système équilibré. Pour ce faire, nous devons relever un certain nombre de défis. Face aux aléas du futur sur le plan de la démographie, de l'économie et de la part salariale par rapport à la valeur ajoutée, deux réponses sont envisageables. Pour les Anglo-saxons, puisque l'Europe compte 6 % de la population mondiale, 20 % du PIB et 50 % des transferts sociaux, ces derniers seraient incompatibles avec la compétitivité économique : c'est chacun pour soi dans tous les domaines, y compris assurantiels. Nous estimons au contraire que, pour passer d'une société de la performance à celle de l'épanouissement des individus, nous devons réfléchir à la façon de répondre collectivement aux périodes de fragilité, qu'il s'agisse du handicap, de la maladie, du chômage ou de la vieillesse.

Cette réponse collective va nous poser un vrai défi culturel. Comment retrouver le sens de la cotisation et des impôts quand une majeure partie de nos concitoyens estiment aujourd'hui que c'est une perte de pouvoir d'achat et non une contribution à une solidarité collective ? Comment retrouver le sens de la solidarité, pour que chacun profite de la gratuité de l'école ou de l'hôpital ? Pour ce qui est de la retraite, nous devons retrouver une confiance dans un système de solidarité inter- et infra-générationnelle, qui est peut-être le défi le plus difficile, car toutes les réformes précédentes ont été mises en œuvre avec des contraintes budgétaires et fondées sur une théorie – Michel Rocard l'a développée à merveille – selon laquelle, pour régler un problème politique, il faut le dramatiser. Au final, toutes les réformes ont été empreintes d'une sorte de défaitisme politique et réalisées en faisant croire que, sans ces mesures, tout était perdu. Les jeunes, y compris les diplômés récemment recrutés, mettent en doute l'intérêt de leurs cotisations, car ils sont persuadés qu'ils ne percevront aucune retraite. Or ils sont engagés au même titre que les retraités dans cette aventure collective. Ce projet de société tend au renforcement d'une cohésion générationnelle. Dans vingt ans, l'électorat comprendra majoritairement des personnes de cinquante-cinq ans. Si nous voulons éviter la lutte des générations, il ne faut pas qu'un candidat à l'élection présidentielle promette d'augmenter fortement les retraites grâce à la hausse des cotisations des jeunes, au mépris de tout équilibre budgétaire. Nous risquerions de créer des fractures générationnelles qui mettraient en cause l'assurance maladie et l'assurance chômage.

Toute notre obsession consiste à restaurer le capitalisme par un dialogue constructif grâce auquel nous avons pu dégager un certain nombre de principes. Cette architecture de base sera complétée, durant les six prochains mois de discussions, par des mesures destinées à répondre aux difficultés existantes.

Premièrement, un régime commun à tous les Français remplacera les 42 régimes de retraite différents, dont ceux des fonctionnaires ou les régimes spéciaux des parlementaires. Actuellement, le plafond annuel de la sécurité sociale est de 40 000 euros pour le régime de base, de huit fois ce plafond, soit 320 000 euros, pour le régime complémentaire. Nous avons proposé que le plafond du régime de base puisse atteindre trois plafonds, c'est-à-dire 120 000 euros. Cela évite ainsi de prévoir un régime complémentaire pour les fonctionnaires. En outre, cela permet d'englober presque toute la masse salariale. Les 350 000 personnes restantes seront concernées par l'étage supérieur du régime de base, qui pourrait recouvrir la forme d'un régime complémentaire obligatoire ou facultatif, d'une épargne collective ou individuelle.

*Seule certitude, nous souhaitons mettre en place un système de solidarité afin que les hauts revenus participent aussi à la solidarité en faveur des plus modestes.*

*Notre régime de retraite sera bien un régime public et par répartition. Les règles de calcul des droits et les mécanismes de solidarité seront les mêmes pour tous, ce qui nous donnera une opportunité pour mettre fin à un certain nombre de situations injustes comme le traitement des handicapés dans le secteur public.*

*Deuxièmement, nous mettrons en place un système équitable de points de retraite au sein duquel un euro cotisé vaudra les mêmes droits pour chaque Français. Les points seront accumulés sur un compte unique tout au long de la vie, quelle que soit la profession exercée. Tout revenu ou salaire permettra l'acquisition de points. Gros avantage par rapport à l'annuité, il n'y aura plus de droits inutiles, chaque point étant directement lié à une augmentation du droit à la pension. Les salariés et les fonctionnaires cotiseront au même taux, en vertu de la convergence des taux. Grâce aux lois antérieures, l'écart de la cotisation salariale du fonctionnaire en 2020 sera de 0,15 % par rapport au salarié du privé. Donc, le basculement est à portée de la main.*

*Nous voulons clarifier ce qui relève de la responsabilité de l'État employeur, dont une partie des dépenses repose aujourd'hui sur les compensations démographiques ou les départs anticipés des militaires, avec, in fine, des cotisations patronales allant de 76 % à 100 %.*

*Nous voulons aussi que les primes des fonctionnaires et des salariés des régimes spéciaux soient prises en compte pour le calcul des droits. Une concertation aura lieu sur les conséquences à tirer de la réforme s'agissant de l'évolution des carrières et des rémunérations, au fur et à mesure de la montée en charge des effets du nouveau système. En ajoutant les primes à la rémunération des fonctionnaires, on s'aperçoit que certains sont très avantagés, contrairement à d'autres comme les enseignants, qui perçoivent 9 % de primes en moyenne, contre 23 % pour le reste des fonctionnaires. Nous devons, à partir de ce constat, gérer ces différences en fonction des différentes stratégies politiques de gestion des ressources humaines.*

*Dans le système universel, les travailleurs indépendants bénéficieront de cotisations adaptées : généralement, jusqu'à un plafond, leurs contributions avoisineront celles des salariés du privé et du secteur public, mais au-delà, elles seront dégressives. Dans le même temps, les travailleurs indépendants seront soumis à des assiettes et à des taux différents ; nous devons donc tenir compte de leur réalité économique, tout en nous assurant que, à cotisations égales, ils obtiennent le même nombre de points. Quid des dispositifs de solidarité si la contribution financière des uns et des autres n'est pas la même ? Ce sujet continue de faire débat aujourd'hui.*

*Troisièmement, nous souhaitons bâtir un système de retraite fondé sur des solidarités renforcées. Certains avancent qu'un système de points renforce les individualités ; c'est aussi le cas de l'annuité, car la retraite dépend alors de la durée des cotisations, des salaires moyens pondérés et de la proratisation. Tout le génie du système français consiste à embarquer dans un même système le bloc contributif – la retraite est le reflet du travail – et le bloc de solidarité. Mais cela ne va-t-il pas donner de l'appétit aux budgétivores ?... Je crois exactement le contraire, mais nous devons assumer nos choix en matière de solidarité et les clarifier pour mieux les défendre.*

*C'est pourquoi nous revisitons avec nos partenaires sociaux la totalité des solidarités qui sont mises en place.*

*La bonification pour enfant augmente l'injustice envers les femmes. Doit-on donner des points forfaitaires pour corriger ce déséquilibre, et ce dès le premier enfant afin de ne pas pénaliser les familles monoparentales ? La réponse dépend des objectifs fixés pour l'équilibre démographique. Si la politique est nataliste à l'instar de l'Allemagne, faut-il la financer par l'impôt ou par la cotisation ? Nous souhaitons faire jouer la solidarité en cas d'interruption : chômage, maternité, handicap. Mais le financement des points doit-il reposer sur la solidarité salariale ou sur l'impôt ? Les réversions ont seulement fait l'objet d'un débat médiatique, sans intervention des syndicats, alors que nous leur avons envoyé un document explicatif en toute transparence. Le système universel nous donne l'opportunité d'appliquer des règles identiques aux treize systèmes de réversion actuels, ce qui suppose de déterminer l'objectif politique de la pension : est-ce, selon le modèle helvétique, un droit patrimonial qui appartient au conjoint quelle que soit l'évolution de la relation conjugale ? Le dispositif est-il au contraire destiné uniquement à garantir le revenu du conjoint survivant ? S'étend-il aux bénéficiaires du Pacs ? Qu'en est-il en cas de remariage ? La pension de réversion, qui pèse 36 milliards d'euros, est au cœur de notre réflexion, puisque l'écart des pensions entre les hommes et les femmes est de 40 %, réduit à 25 % après attribution des pensions de réversion.*

*Nous avons décidé de garantir une pension minimum. Mais le débat politique reste ouvert sur la question du plafond des minima pour éviter la précarité des personnes âgées, qui augmente après soixante-quinze ans et dont le taux en France – 7 % – est inférieur de moitié à celui de la population active – 14 %. La réponse est délicate, car il faut inciter au travail et ne pas favoriser le travail informel qui atteindrait, selon les chiffres de Bernard Thibault indiqués au dernier congrès de la CGT, 60 % à l'échelon mondial et 20 % en Europe.*

*La mise en place de ce système universel n'est pas orientée par la recherche d'économies, même si nous devons respecter rigoureusement les grands équilibres budgétaires. Il convient, à enveloppe constante, d'établir des règles identiques, des solidarités renforcées, et d'être attentif à la viabilité du système à long terme. Le problème de la répartition est de trouver un équilibre entre les actifs et les inactifs. Si le système des retraites fait porter sur les générations futures des déficits non assumés, nous obligeons les actifs à endosser un double fardeau, le paiement des retraites et les dettes. Un tel dispositif serait d'autant plus déséquilibré et irresponsable que les retraités peuvent être des agents contra-cycliques dont les pensions doivent garder une certaine décence. Les règles d'or visent précisément à empêcher que le système universel ait le moindre impact sur les générations futures ; il vous revient à vous, parlementaires, d'en assurer l'effectivité.*

*Nous avons décidé de maintenir l'âge minimum de départ à la retraite à soixante-deux ans, libre à chacun, ensuite, d'arbitrer sa retraite en fonction de son capital et de son relevé de points. En outre, nous tiendrons compte des spécificités liées aux carrières longues, aux métiers pénibles, aux handicaps et aux catégories actives. Enfin, les futurs veuves ou veufs, retraités actuels, garderont les règles de leur réversion.*

Nous avons pris l'engagement que, après le vote de la loi de 2019, ceux qui seront à moins de cinq ans de leur départ à la retraite verront leurs droits inchangés. Mais les concertations sont en cours pour les salariés nés en 1963, qui devraient être les premiers concernés en 2025. Quoi qu'il en soit, aucune cohabitation entre deux systèmes ne subsistera lors de la transition, puisqu'un transfert dans le nouveau système aura lieu, qui concernera tous les droits acquis, à l'euro près.

**M. René-Paul Savary, rapporteur (branche assurance vieillesse).** – Nous passons d'un système de prestations définies à un système à cotisations définies. Est-il prévu d'aller jusqu'à un système à rendement défini, c'est-à-dire un équilibre entre ceux qui cotisent et ceux qui perçoivent les pensions ? Cela présuppose la suppression des régimes complémentaires. Qu'en est-il de l'assiette de cotisation qui devrait être fixée à trois fois le plafond annuel de la sécurité sociale, le Pass ? Pourquoi laisser 300 000 personnes de côté ? Ne pourrait-on pas prévoir un système totalement universel sans plafond ? Autre sujet important : la transition, qui sera nécessairement très longue. Quelle est votre estimation : cinq ans, dix ans, quinze ans ? Enfin, quelle sera la place des partenaires sociaux dans le système de gouvernance, puisque leur régime de retraite complémentaire va disparaître ?

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Le Conseil d'orientation des retraites, le COR, prévoit une persistance du déficit de notre système de retraites jusqu'en 2040. Comment comptez-vous maintenir l'équilibre financier que vous appelez de vos vœux ? Depuis un an, le Gouvernement met à contribution les retraités pour le financement de la protection sociale, et le prochain PLESS confirme cette tendance. Pensez-vous que le niveau de vie des retraités, qui est légèrement supérieur – 103 % – à celui de la population active, doit diminuer comme cela se produira mécaniquement dans le système actuel ? Puisque vous ne voulez pas toucher à l'âge minimal légal de départ à la retraite, la baisse des pensions sera-t-elle la variable d'ajustement ? Le maintien à soixante-deux ans, comme l'a confirmé le Président de la République, n'est-il pas un piège au regard du besoin de financement et de l'allongement de l'espérance de vie ? Le Sénat avait proposé un recul progressif de l'âge de départ à soixante-trois ans. En outre, la réforme des retraites de 2014 avait porté à quarante-trois ans la durée de cotisation. Un débat apaisé sur ce point est-il possible ? Quels sont les retours des ateliers citoyens que vous animez ? Sans mesures d'âge, comment protéger les assurés d'un niveau de pensions trop faible ?

**Mme Sylvie Vermeillet, rapporteure spéciale de la commission des finances (mission « Régimes sociaux et de retraite »).** – Comment allez-vous piloter la valeur du point ? Au-delà du régime de base et du plafond que vous annoncez, s'agira-t-il d'un système de capitalisation plus libre ? Concernant la transition, quid du financement de la SNCF et de la RATP, actuellement très déficitaires ? Et des soldes des régimes excédentaires ? Viendront-ils compenser le manque des régimes déficitaires ? Sera-t-il nécessaire de reconstituer les primes des fonctionnaires avant 2003 ? Enfin, comment peut-on traduire en points la pénibilité, la dangerosité, les carrières courtes ou les carrières longues ?

**M. Jean-Paul Delevoye.** – *Monsieur Savary, le principe selon lequel un euro cotisé donne les mêmes droits, c'est la convergence des rendements. Cela est plutôt sain pour un certain nombre de régimes, car les taux de rendement très élevés, aussi attractifs soient-ils sur le court terme, peuvent se révéler extrêmement dangereux sur le moyen terme. En 1945, les agriculteurs ont pris conscience qu'ils n'avaient aucun intérêt à être intégrés dans un régime universel. En quelques générations, ils sont passés de 43 % à 3 % de la population, tandis que 84 % de leur système de retraite est financé par la solidarité nationale. Dans les facultés de médecine, un certain nombre d'étudiants préfèrent être salariés plutôt que libéraux. Par ailleurs, de plus en plus de structures juridiques se créent chez les indépendants, qui passent eux aussi dans un régime salarial. En réalité, la porosité de certaines frontières professionnelles risque de fragiliser les systèmes existants, même ceux qui apparaissent aujourd'hui excédentaires. Heureusement, avec le système universel, tous les systèmes de compensation démographique disparaîtront.*

*Le plafond a suscité de nombreuses propositions. Tout d'abord, il concernera la quasi-totalité des fonctionnaires et évitera la création d'un régime complémentaire pour ces derniers. Ensuite, la complexité actuelle liée à la coexistence d'un régime de base et de régimes complémentaires est totalement inutile. C'est pourquoi la solution des trois plafonds n'est pas inintéressante. Pour les 350 000 personnes restantes, la CGT a suggéré de supprimer tous les plafonds. À cet égard, les milieux sportifs nous ont alertés sur les financements étrangers parfois importants dont bénéficient certains clubs en vue de recruter des sportifs de très haut niveau contre des salaires inimaginables... Je citerai aussi les retraites chapeaux des PDG de grands groupes. Je ne suis pas convaincu que la solidarité collective puisse permettre à un système universel d'inclure de telles rémunérations, qui peuvent parfaitement permettre le recours à l'épargne individuelle et collective selon des accords de branche ou d'entreprise. Il y a une limite à la solidarité collective !*

*Ce sujet va bien au-delà de la politique politicienne. Nul ne sait comment va évoluer le monde salarial, mais certaines thèses prédisent la raréfaction de la main-d'œuvre hautement qualifiée, par conséquent de mieux en mieux rémunérée, et l'abondance de la main-d'œuvre non qualifiée qui sera de plus en plus sous-payée : c'est la dualisation du monde salarial. Depuis la révolution industrielle, les paysans se sont transformés en ouvriers, et les ouvriers en techniciens, sans difficulté majeure. Au contraire, l'intelligence artificielle va bouleverser la situation des cadres moyens.*

*Au final, je ne suis pas convaincu de l'utilité d'un système de solidarité collective pour les cas exceptionnels, d'autant que le plafond retenu est l'un des plus élevés d'Europe – l'Allemagne l'a fixé à 80 000 euros et l'Italie à 100 000 euros. Les Allemands et les Suédois ont eux-mêmes reconnu les bienfaits du système de solidarité collective afin de pallier les aléas du futur. En effet, en baissant le régime de base, on augmente la capitalisation. Or, l'équation économique est simple, à l'image de la situation des États-Unis : pas d'inflation, pas de chômage, des taux d'intérêt bas, des liquidités importantes, mais pas d'augmentation de salaire. L'ajustement monétaire risque d'être extrêmement préjudiciable à un certain nombre de pays très endettés.*

*L'enjeu central est de stabiliser un parcours de retraite dont l'équilibre est précaire. Or le système que nous proposons laisse une latitude de gestion au-delà des trois plafonds. Les contributions déplafonnées devraient permettre d'alimenter une solidarité.*

**M. René-Paul Savary, rapporteur.** – *C'était là le sens de ma question !*

**M. Jean-Paul Delevoye.** *Merci de cette précision. Nous sommes précisément en train de travailler sur ce sujet, sur lequel vos contributions seront les bienvenues.*

*J'en viens à la gouvernance et à la transition. Comme l'a montré le COR, le système actuel est favorable aux carrières constantes et ascendantes, et très défavorable aux carrières heurtées, courtes et à temps partiel. Le système à points est un moyen de corriger cela. Nous avons une démarche pragmatique qui consiste à trouver des solutions aux incertitudes des uns et des autres, y compris des organisations syndicales. C'est un véritable challenge ! Par exemple, avec le système à points, le nombre d'employeurs ne modifiera pas les droits acquis, contrairement au système actuel. Et les droits inutiles du système de l'annuité seront directement fléchés sur une augmentation de pension.*

*Pour ce qui est des déficits, monsieur le rapporteur général, le COR a très clairement indiqué une forte dépendance du système de répartition à la croissance. D'après les techno-optimistes, l'apport de l'intelligence artificielle devrait fortement favoriser la croissance. Mais les bilans environnementaux sur l'économie numérique posent des problèmes d'équité. À titre personnel, je ne crois pas que figure dans notre ADN l'acceptation citoyenne d'un pilotage automatique lié aux comptes notionnels. Dans le système allemand, l'augmentation de la cotisation employeur dépend du contrat conclu entre les syndicats de salariés et d'employeurs. Si le système de retraites venait à être déficitaire, mécaniquement et sans intervention parlementaire, les pensions seraient diminuées l'année suivante pour équilibrer le déficit. Les Suédois avaient mis en place un compte notionnel selon lequel les ajustements étaient quasiment automatiques. Néanmoins, en 2009, les baisses de pensions résultant de la chute du PIB auraient été trop importantes avec le pilotage automatique. C'est pourquoi une partie des réserves a été réaffectée à un lissage sur cinq ans.*

*La gouvernance doit être le reflet, d'une part, des salariés et des employeurs au travers des représentants des organisations syndicales, et, d'autre part, des citoyens par la représentation des parlementaires. Elle doit aussi être dotée des outils nécessaires à l'avenir de nos systèmes de protection sociale fondés sur la masse salariale. Quid de l'évolution de la masse salariale dans les vingt-cinq prochaines années ? Peut-être pourriez-vous nous aider à obtenir des évaluations sur les autoentrepreneurs, qui sont de plus en plus recrutés par les artisans. Et un certain nombre de grands groupes recrutent des cadres français pour les installer à l'étranger en tant qu'autoentrepreneurs. Nous devons faire particulièrement attention à cette évolution, surtout si elle tend à une externalisation à moindre rémunération salariale, c'est-à-dire à moindre cotisation et donc à moindre droit.*

Nous avons évoqué les effets des futurs métiers, lors d'un atelier citoyen, au sujet de l'ubérisation, des autoentrepreneurs et des start-ups. En cas d'instabilité au cours des premières années d'existence de ces sociétés, les droits à la retraite en seront-ils affectés ? La modulation des points est-elle possible pour compenser les périodes de vaches maigres ? Ce sujet concerne un certain nombre de jeunes qui, après avoir connu des années de galère, perçoivent des rémunérations extrêmement importantes.

Monsieur Vanlerenberghe, la pension servira-t-elle de variable d'ajustement ? La gouvernance va devoir tenir compte de la croissance économique et de l'évolution démographique. Actuellement, un certain nombre d'entreprises allemandes débauchent des salariés de Bosnie ou d'autres pays dans lesquels les salaires sont moins élevés, avec l'inconvénient de capter leur main d'œuvre diplômée et de fragiliser leur croissance. Les flux migratoires économiques déstabilisent les équilibres des pays concernés. Mais si la productivité liée à l'intelligence artificielle nécessite autant d'actifs, l'Europe aura besoin, pour équilibrer sa population active, de 50 millions d'immigrés dans les cinquante prochaines années. Les émotions vont-elles l'emporter sur les convictions ? Ce débat concernant le rapport entre l'intelligence artificielle et la valeur ajoutée présente un intérêt pour la prospective. Si, demain, les masses salariales se révèlent incapables d'asseoir le financement des systèmes de protection sociale, de quelles assiettes devons-nous nous doter ? Je n'ai pas de réponse face au monde de l'imprévisible et de l'inconnu.

La gouvernance devra s'adapter à tous les aléas et remplir des objectifs chiffrés. C'est tout le débat des discussions que nous allons avoir dans les six mois qui viennent. Avec France Stratégie, nous avons examiné la situation des seniors. Notre stratégie est satisfaisante concernant la réduction du taux de chômage des seniors de cinquante-cinq à soixante ans, mais elle est mauvaise pour les seniors de soixante à soixante-cinq ans. Or les équipes multigénérationnelles sont plus efficaces que les équipes mono-générationnelles. Par conséquent, la certitude selon laquelle le senior est moins performant et coûte plus cher est démentie par les faits.

Par ailleurs, le système proposé ne vise pas à corriger les dysfonctionnements du système économique. Si l'on ne réduit pas l'écart de salaire entre les hommes et les femmes, les retraites entre les hommes et les femmes seront toujours différentes. Le projet que nous portons est aussi un projet d'interpellation du système économique : il est hors de question que l'on fasse reposer sur le système de retraites des plans sociaux déguisés ou des ajustements économiques non assumés.

Le sujet de l'âge minimal de départ à la retraite est complexe. Le système par points fait en principe disparaître toute référence à une durée de cotisation permettant de bénéficier d'une retraite à taux plein. Il nous a été demandé d'éviter de protéger les Français contre eux-mêmes. Sans plancher, les personnes risquent de partir beaucoup plus tôt, avec finalement un appel à la solidarité nationale qui serait contraire à l'intérêt de tous. Les Suédois regrettent ainsi d'avoir permis de liquider leur système de capitalisation dès 55 ans sur une durée de 5, 10, 15 ans ou jusqu'à la fin de la vie. Les Suédois, qui partent à la retraite à 69 ans, estiment qu'ils ont 10 ans à vivre, consomment la totalité de leur capitalisation puis basculent ensuite sur la solidarité nationale après 79 ans.

*Il me semble donc nécessaire de prévoir un âge minimal, ce qui n'interdit pas de l'adapter selon les différentes catégories d'actifs ou pour tenir compte des carrières longues.*

*Nous avons d'ailleurs pu constater que les Français étaient très attachés aussi bien à un âge minimal de départ à la retraite qu'à une certaine liberté de choix. Le vrai débat porte sur les conditions du choix.*

*La retraite progressive nous paraissait être un bon dispositif, mais elle ne fonctionne pas dans les faits. Est-ce par défaut d'information ? L'apprentissage, le tutorat et le départ progressif en ciseaux sont également des mécanismes intéressants.*

*Actuellement, 500 000 personnes sont concernées par la problématique du cumul emploi-retraite. Dans ce cas, les cotisations versées n'ouvrent pas de droits. Faut-il permettre à des gens qui ont des petites retraites d'acquérir des droits en continuant à travailler après la liquidation de leur pension ? La question nous est posée.*

*Sur le recul de l'âge de départ légal, monsieur Vanlerenberghe, M. Balladur est passé de 150 à 160 trimestres, M. Fillon de 160 à 164 trimestres et Mme Touraine de 164 à 172 trimestres. Vous avez raison, le taux plein correspond en réalité à un départ à 65 ans. Comment, en partant de ce constat, offrir les mêmes garanties ? Faut-il aller vers une retraite pleine à 65 ans ? Je n'ai pas de réponse, et c'est pourquoi nous restons absolument attachés à l'âge de 62 ans. J'ai pris connaissance des propositions du Medef sur l'âge pivot, et c'est justement tout l'intérêt de la méthode que j'ai mise en place. Je suis ravi que les syndicats d'employeurs et de salariés nourrissent le débat de leurs contributions. Les discussions sont très riches, mais je suis favorable à la controverse, car je ne détiens pas la vérité. Je me contente de poser des questions, et la confrontation des opinions et des intérêts est un challenge pour tenter d'y répondre.*

*Dans tous les cas, nous souhaitons que la gouvernance du système soit la plus responsable possible et que nous puissions tenir compte de tous les paramètres qui concourent à l'équilibre : espérance de vie, démographie, conditions pour améliorer les retraites...*

*Le pilotage de la valeur du point est en effet la question fondamentale, madame Vermeillet. Quelles seront les garanties, et qui déterminera la valeur du poids ? Depuis 1945, la valeur du point n'a jamais baissé, quel que soit le régime ; c'est l'harmonisation des rendements qui a contribué aux évolutions.*

*En ce qui concerne la capitalisation, nous laissons la place ouverte à l'épargne collective et individuelle sous la forme qu'il appartiendra de déterminer.*

*Sur la question de l'équilibre des régimes actuellement déficitaires – SNCF, RATP –, nous avons refusé de sacrifier sur l'autel du populisme certaines catégories sociales. Nos plateformes citoyennes ont reçu 300 000 contributions, qui exprimaient deux exigences majoritaires : sacrifier les parlementaires et les régimes spéciaux ! Or, si nous commençons à opposer les catégories les unes aux autres, nous allons à l'encontre même d'un système de solidarité. Nous souhaitons embarquer les parlementaires et les régimes spéciaux dans une dynamique de convergence avec le régime universel. Mais chaque entreprise, chaque branche, dans le privé comme dans le public, pourra si elle le souhaite conserver quelques aspects spécifiques à condition d'en assurer le financement.*

*La problématique de la pénibilité est un sujet délicat. À métiers identiques, on ne peut admettre des situations différentes en fonction du statut. Ce serait incompatible avec un système de convergence. Dans certains métiers de santé, selon que vous exercez dans une clinique privée ou à l'hôpital, vous n'avez pas les mêmes conditions de départ à la retraite. Mais dans le secteur public, il n'y a pas les règles de pénibilité en vigueur dans le secteur privé. Pour nous, la pénibilité est plutôt liée à une fonction, et non à un statut. Sur ces sujets, nous pouvons clarifier les positions.*

*Quant à la transition, nous voulons être extrêmement fermes sur les principes du système universel et extrêmement souples sur les chemins pour y parvenir. Pour passer de 42 caisses à un régime universel, nous avons besoin de l'intelligence de tous. Il n'est pas question pour moi de supprimer la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la CNAV, ou l'Agirc-Arrco, mais d'embarquer ces deux institutions dans l'aventure du régime universel, dont la mise en place pourra prendre jusqu'à 20 ans. Une question se pose d'ailleurs à cet égard : quelles garanties peut-on apporter sur un temps aussi long, avec des échéances électorales susceptibles, entre temps, de venir déstabiliser la trajectoire ? C'est pourquoi il me semble important de fixer des objectifs chiffrés. La transition est aujourd'hui au cœur de nos réflexions. À titre d'exemple, l'intégration des primes des fonctionnaires nécessite une période de transition d'au moins cinq ans.*

*Nous sommes en train d'étudier la situation juridique des réserves, qui ont deux vocations : garantir les droits acquis issus du passé ; assurer un tuilage pour mieux accompagner la transition.*

*Enfin, je ne m'en suis jamais caché, la problématique des caisses n'est pas mon sujet. Je ne suis pas le représentant de l'intérêt des caisses ; je cherche à défendre un projet collectif. En revanche, je laisserai aux caisses le temps nécessaire et je leur proposerai un accompagnement pour qu'elles s'adaptent au nouveau système universel de retraite.*

**M. Yves Daudigny.** – *Ma première question porte sur la place des partenaires sociaux. Lorsqu'on établit un parallèle entre la réforme des retraites et d'autres sujets d'actualité, comme l'assurance chômage, la question de la fin des paritarismes établis après 1945 peut se poser. Quelle sera la place des partenaires sociaux dans le nouveau système ?*

*Dans l'hypothèse d'une évolution économique voisine de celle que nous connaissons aujourd'hui, pensez-vous que ce nouveau système puisse être porteur d'une diminution globale du niveau des pensions, ce qui marquerait indiscutablement pour notre société un retour en arrière ?*

**M. Olivier Henno.** – *Un système de retraite par points ne facilitera-t-il pas, demain, en raison du nécessaire pilotage de la valeur du point, une remise en cause de l'ADN de la société française, à savoir un niveau important de socialisation du risque ?*

*Par ailleurs, en considérant la globalité d'une carrière plutôt que les 25 meilleures années, ne risque-t-on pas d'assister à une baisse des pensions ?*

**M. Jean-Marie Morisset.** – *Pourquoi retenir le chiffre de trois fois le plafond annuel de la sécurité sociale, et non quatre, ce qui serait une garantie supplémentaire ?*

*Comment améliorer l'acquisition des droits pour les plus jeunes ? Prendrez-vous en compte les périodes de formation, d'apprentissage et d'alternance ?*

**Mme Christine Bonfanti-Dossat.** – Je vous remercie pour la grande consultation que vous avez lancée, monsieur le haut-commissaire. Dans ce cadre, vous avez engagé une réflexion sur la retraite complémentaire des aidants, un sujet qui fait aussi l'objet d'une proposition de loi, débattue demain au Sénat, laquelle prévoit notamment d'uniformiser les situations d'affiliation à la branche vieillesse du régime général. Pourriez-vous suivre également cette piste ?

*Vous envisagez un système fondé à la fois sur le travail et la solidarité. Pour réhabiliter le travail, allez-vous creuser l'écart entre le minimum vieillesse et les petites pensions, en particulier celles des retraités agricoles ?*

**Mme Florence Lassarade.** – De nombreux Français travaillent à l'étranger, et même parfois dans plusieurs pays au cours de leur carrière. Est-il prévu de les aider à récapituler leurs droits ? Au-delà, une réflexion est-elle menée sur une possible harmonisation des systèmes de retraite ?

*En raison du manque de médecins, on réfléchit à les inciter à rester en activité plus longtemps. Toutefois, les médecins contractuels ne peuvent pas travailler au-delà de 70 ans. Envisagez-vous des assouplissements en la matière ?*

**Mme Monique Lubin.** – Tout projet de société doit s'inscrire dans le sens du progrès social. Beaucoup de questions se posaient sur l'acquisition de trimestres pour l'éducation des enfants, les carrières hachées, etc. Vous avez levé certains doutes, mais les garanties ne seront véritablement connues qu'à l'issue des négociations avec les partenaires sociaux. À cet égard, je forme le vœu que la concertation ne soit pas trop strictement encadrée par le Gouvernement.

*Plus fondamentalement, qui décidera de la valeur du point et à quel rythme sera-t-il révisé ? Et quid des mécanismes de solidarité ? Ces derniers sont susceptibles de varier dans le temps et, à l'heure où la solidarité n'apparaît plus forcément comme une valeur fondatrice, on peut avoir quelques craintes. La question de la gouvernance du système me semble donc fondamentale.*

**Mme Sabine Van Heghe.** – Vous avez répondu partiellement à notre inquiétude sur l'âge pivot de 63 ans proposé par le Medef, mais nous resterons attentifs.

*Je souhaite vous interroger également sur la prise en compte des situations particulières par le système universel : congés de maternité, longue maladie, handicap, pénibilité...*

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – Le Conseil d'orientation des retraites constate que notre système actuel conserve une part importante de solidarité, indispensable pour diminuer les inégalités liées au travail.

*Si j'ai bien compris, nous ne cotiserons à l'avenir que lorsque nous travaillerons. Dès lors, comment prendrez-vous en compte les accidents de la vie, les périodes de chômage ou de maladie ? Personne ne pourra partir à 62 ans avec une retraite garantie.*

**Mme Laurence Cohen.** – Nous avons apprécié votre exposé clair et pédagogique, monsieur le haut-commissaire, et, comme nos collègues, nous serons attentifs à la qualité de la concertation que vous menez – il ne suffit pas de recevoir les organisations syndicales, il faut aussi être attentif à leurs propositions.

Ma question porte sur la retraite des femmes, dont le salaire horaire est inférieur de 16,3 % à celui des hommes. Pourquoi ne pas créer une contribution en faveur de l'égalité salariale entre les hommes et les femmes, en subventionnant les entreprises vertueuses, comme nous l'avons fait à la région Île-de-France ?

**Mme Martine Berthet.** – Dans un contexte de régime universel, l'âge de départ des travailleurs indépendants sera-t-il aligné sur celui des salariés ?

**Mme Viviane Malet.** – Comment les spécificités ultra-marines seront-elles prises en compte, notamment la faible part des revenus déclarés au cours de la vie active et les difficultés des retraités agricoles ? La majoration de trimestres pour le travail outre-mer sera-t-elle par ailleurs conservée ?

**M. Jean-Paul Delevoye.** – Nous tiendrons compte de la particularité des départements et territoires d'outre-mer. Nous avons également reçu des représentants du monde agricole et nous travaillons avec les organisations syndicales. Se pose en particulier la question de la retraite des femmes d'agriculteurs. Aujourd'hui, le paysage sociologique agricole a beaucoup changé. De moins en moins de conjoints travaillent et les veuves du monde agricole sont confrontées à des situations de grande précarité. Dans un régime universel, la réflexion sur la solidarité doit concerner toutes les situations identiques, quel que soit le statut des personnes concernées.

Nous examinons également la situation des expatriés, en lien avec la Caisse des Français de l'étranger. Certains pays comme l'Australie refusent d'exporter les droits à la retraite qui ne sont pas liquidés sur place. Nous réfléchissons aussi aux conventions internationales qu'il conviendrait de modifier. Quoi qu'il en soit, le système à points me semble plus juste pour les expatriés.

Se pose aussi la question de l'accompagnement d'un conjoint à l'étranger. Nous réfléchissons à l'idée d'un contrat conjugal qui permettrait à l'un des membres du couple d'affecter des points à l'autre. Les ateliers citoyens nous ont interpellés sur ce sujet.

Beaucoup de jeunes démarrent leur carrière par des stages, sans ouverture de droits à la retraite. Je me demande aussi pourquoi les cours d'instruction civique n'initient pas nos jeunes collégiens et lycéens au système de protection sociale. Certains jeunes ingénieurs demandent à leur employeur pourquoi il leur retire des cotisations sur leurs salaires... Si nous voulons que les jeunes adhèrent au système, nous devons leur inculquer quelques notions sur la socialisation des risques, qui fait la richesse de la France.

On nous a interrogés également sur la fongibilité et la portabilité des droits : si l'on peut partager les points entre époux, pourquoi ne pas le faire aussi avec ses descendants ?

**Mme Marie-Noëlle Lienemann.** – Ce n'est plus de la répartition, mais de la capitalisation !

**M. Jean-Paul Delevoye.** – En effet, c'est pourquoi nous sommes assez réservés sur cette idée.

Mais le système à points n'est pas incompatible avec un renforcement de la solidarité. On peut très bien décider d'augmenter la socialisation des risques.

Il y a un bloc contributif, qui sera nécessairement le reflet de votre carrière. Mais s'agissant du bloc de solidarité, de nombreuses questions se posent. Comment les points seront-ils octroyés ? Seront-ils financés par l'impôt ou par les cotisations salariales ?

Le principe selon lequel un euro cotisé ouvrira les mêmes droits ne peut valoir que pour l'aspect contributif. La valeur du point sera la même pour tous, mais les interruptions de carrière pour grossesse ou maladie peuvent se traduire par un nombre de points différent. Nous nous interrogeons aussi sur l'opportunité de distinguer, sur le relevé de compte annuel, les points issus du travail de ceux issus de la solidarité.

Monsieur Daudigny, je peux attester de la richesse du dialogue avec les partenaires sociaux. Ces derniers sont incontestablement des forces de proposition, la politique étant garant de l'intérêt général et les citoyens étant porteurs d'une intelligence collective. Nous tirerons la conclusion des ateliers citoyens début décembre.

Je souhaiterais établir un système de gouvernance reposant sur quatre piliers. Il faudra bien évidemment assurer le pilotage du système et la délicate phase de transition, mais aussi, me semble-t-il, prévoir des instances d'évaluation et de médiation.

S'agissant de la baisse des pensions, le Conseil d'orientation des retraites a tracé différentes trajectoires en fonction des hypothèses de croissance économique : les retraites évoluent de façon variable, mais toujours positivement ; en revanche la part du PIB qui leur est consacrée peut diminuer.

En outre, si la question de la valeur du point est importante, celle de son indexation l'est encore plus. En période d'inflation, les droits acquis peuvent perdre 20 à 30 % de leur valeur en quarante ans. La cohérence voudrait que l'indexation soit basée sur les salaires.

Trois fois ou quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale, monsieur Morisset ? La différence porterait sur 150 000 personnes, des salariés pour moitié, des sportifs, des auteurs et des professions libérales pour le reste. Cet arbitrage garantit le financement du système, permet la solidarité et concerne la quasi-totalité des fonctionnaires.

Comment permettre aux jeunes d'acquérir des droits le plus tôt possible ? Notre réflexion porte notamment sur les stages, l'apprentissage ou encore le travail en prison.

J'en viens à la problématique des aidants. Notre logique est que tout revenu permette d'acquérir des points. En revanche, ces derniers ne peuvent être assis que sur les revenus, et il me semble délicat d'accorder des points à la retraite à tous les bénévoles, comme le proposent certains élus. Nous réfléchissons toutefois sur la façon de convertir en points les prestations des aidants à l'égard des personnes fragiles ou dépendantes.

---

*Vous m'avez interrogé sur les médecins, madame Lassarade. La limite d'âge s'imposera à tout le monde, y compris aux indépendants.*

*Oui, madame Lubin, nous voulons conclure un nouveau pacte social. Le contrat passé avec les agents publics, qui garantissait une bonne retraite en contrepartie d'une sous-rémunération, ne me semble plus adapté.*

*Madame Apourceau-Poly, la prise en compte des ruptures d'activité liées à la maladie ou au handicap fait partie de la discussion, éminemment politique, sur la construction du bloc de solidarité. Nous devons réfléchir à la complémentarité entre le bloc contributif, le bloc de solidarité et le filet de sécurité que constitue le revenu minimal d'existence pour les retraités.*

*Nous sommes bien évidemment très favorables à la concertation, madame Cohen, et je ne m'interdis pas de faire au Gouvernement des recommandations périphériques au domaine de la retraite, notamment sur l'égalité salariale entre les femmes et les hommes.*

*Nous souhaitons avoir la même richesse de dialogue avec tous les parlementaires, quelle que soit leur appartenance politique. Ce projet de société nécessite beaucoup d'intelligence, de responsabilité et d'espérance.*

**M. Alain Milon, président.** – *Je vous remercie, monsieur Delevoye. Vous avez pris soin de répondre à tout le monde, sauf au président de la commission sur le calendrier...*

**M. Jean-Paul Delevoye.** – *Excusez-moi ! Je gardais le meilleur pour la fin... Nous rencontrons aujourd'hui toutes les organisations syndicales de façon bilatérale pour arrêter notre calendrier de concertation pour les trois prochains mois.*

*Nous émettrons ensuite nos recommandations, qui devraient déboucher sur un projet de loi au premier semestre 2019. Je ne peux pas être plus précis à ce stade.*

**M. Nicolas Revel,**  
directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie

*Réunie le 31 octobre 2018, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de M. Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie.*

*M. Alain Milon, président.* – Je souhaite la bienvenue à M. Nicolas Revel, directeur général de la Cnam. Il est accompagné de Mme Véronika Levendof, responsable du département juridique.

*Je vous rappelle que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo retransmise en direct sur le site du Sénat.*

*Le PLFSS pour 2019 prévoit un solde de l'assurance maladie déficitaire de 500 millions d'euros l'année prochaine. Il s'agit d'un résultat qui, il y a quelques années encore, pouvait sembler hors d'atteinte. Malgré des apports significatifs en recettes, les déficits semblaient se stabiliser entre 3 milliards d'euros et 4 milliards d'euros chaque année.*

*Cette fois encore, une des principales mesures en dépenses concerne les économies à réaliser par rapport au tendanciel sur l'Ondam. Cette mesure est complétée par toute une série de dispositions à caractère plus structurel, qui constituent les premières traductions législatives du plan Santé.*

*À quel horizon ces mesures pourront-elles porter leurs fruits, alors que nous arrivons au bout du modèle de régulation hospitalière qui a prévalu ces dernières années ? Nous partageons cette interrogation sur quasiment tous les bancs de notre assemblée.*

*Monsieur le directeur général, je vous laisse la parole pour un propos introductif avant de la passer à notre rapporteur, puis aux commissaires qui souhaiteront vous interroger.*

*M. Nicolas Revel, directeur général de la Cnam.* – Merci, monsieur le président.

*Je voudrais souligner deux éléments principaux concernant le volet assurance maladie de ce PLFSS. D'une part, comme vous venez de l'indiquer, cette année 2019 devrait marquer une étape supplémentaire mais très significative de notre capacité à équilibrer les comptes.*

*Comme vous l'avez rappelé, nous avons connu des déficits chroniques. Nous avons réussi, ces dernières années, à ramener le déficit qui, au pire de la crise de 2008, était de plus de 10 milliards d'euros s'agissant de la branche maladie, à un niveau de 4 milliards d'euros en 2017. En 2018, nous serons à 900 millions d'euros si l'on prend la dernière prévision des comptes de la sécurité sociale, bien que ce chiffre doive évoluer nécessairement. L'année prochaine, la construction s'établit à 500 millions d'euros.*

*Ces prévisions sont robustes, l'estimation initiale pour 2018 étant elle-même en dessous du milliard.*

*Ceci n'est évidemment possible que grâce à la conjonction de deux facteurs logiques, une activité économique qui entraîne une dynamique de nos ressources et de la masse salariale plus forte que les années précédentes, mais aussi un effort durable de maîtrise de la progression de l'Ondam dans une fourchette qui s'est stabilisée au fil des années entre 2 % et 2,5 %.*

*Cette fourchette me semble être celle de l'équilibre. Nous sommes capables de garantir un solde équilibré dès lors que la progression de la dépense se situe dans cet intervalle cohérent avec le taux de progression de nos recettes. Un équilibre revient, par définition, à rapprocher le taux de progression des dépenses et celui des recettes. Ce chiffre me paraît donc cohérent avec notre objectif de couvrir l'évolution des besoins de santé par ces dépenses supplémentaires, là où nous avons un tendancier de dépenses d'assurance maladie plutôt orienté vers 4 % par an. Je suis convaincu qu'il est possible de couvrir les dépenses de santé en étant à 2 % ou 2,5 %.*

*Il y a en effet dans l'organisation du système de soins, dans les pratiques des différents acteurs, des marges d'efficience qui ne portent pas préjudice à l'accès aux soins ni à la qualité de ceux-ci. Au contraire, ceci peut nous permettre de modérer la progression de la dépense en respectant l'objectif d'équilibre financier.*

*C'est, je crois, la meilleure manière de résister à la tentation des déremboursements nourrie par les déficits chroniques. Nous sommes tous attachés à l'idée que notre modèle de sécurité sociale permette de garantir un très large accès aux soins, avec un taux de prise en charge de 78 % constant dans la durée et une couverture encore plus forte des pathologies chroniques et lourdes. Ce modèle est précieux. Pour le préserver dans la durée, nous devons tendre vers l'équilibre. Nous avons, je crois, depuis quelques années maintenant, à peu près stabilisé les conditions pour y parvenir.*

*Cela passe, vous l'avez dit, par des économies par rapport à une évolution spontanée qui recourt à des pratiques et à des organisations que nous devons améliorer. Le travail est engagé et doit se poursuivre grâce à deux leviers de régulation. Le premier levier est tarifaire et porte sur les produits de santé, les actes et les séjours. Il s'applique aux établissements sanitaires et médico-sociaux, mais aussi en ville, avec des évolutions très maîtrisées de la valeur des actes. Ce levier n'est pas sans inconvénient ni sans effet sur un certain nombre d'éléments...*

*Le second levier, que nous devons davantage actionner, doit agir sur une meilleure organisation des soins et des parcours, de meilleures pratiques professionnelles, en ayant toujours en ligne de mire le fait qu'agir pour la qualité, c'est éviter la surmédicalisation et les dépenses médicales inutiles, lutter contre la sous-médicalisation et promouvoir la prévention primaire, secondaire ou tertiaire, tout en veillant que les personnes au début d'un processus de pathologie chronique soient correctement prises en charge.*

*Nous devons donc à atteindre un quantum d'économies de 3,8 milliards d'euros, un peu en dessous de l'effort de 2018 et même de 2017, mais cela reste évidemment un effort significatif, sur lequel nous remettons chaque année l'ouvrage sur le métier.*

*Ce PLFSS investit également dans l'accès aux soins, leur organisation, la prévention et l'innovation, grâce à des réformes très importantes comme celle du reste à charge zéro (RAC 0), des actes prothétiques dentaires, des équipements audio-prothétiques et optiques, qui ont beaucoup occupé la Cnam cette année, notamment à la faveur de négociations avec les chirurgiens-dentistes.*

*Ce RAC 0 traduira une amélioration très significative de l'accès aux soins. On sait en effet aujourd'hui ce que coûte un appareil auditif : en moyenne, une fois qu'on est remboursé par la sécurité sociale et par la complémentaire, on est entre 750 euros à 800 euros de reste à charge par oreille. Pour une couronne céramo-métallique, on est aujourd'hui en moyenne à 250 euros de reste à charge. Demain, il sera possible de réduire ces deux chiffres à zéro pour la moitié des appareils prothétiques et d'accéder à un très large panier s'agissant des couronnes et des actes prothétiques.*

*La réforme de l'aide à la complémentaire santé et, en termes d'accès aux soins, le financement des assistants médicaux seront l'objet d'une négociation en début d'année prochaine qui doit permettre d'apporter une réponse rapide, pragmatique et efficace à la question du temps médical et de l'accès à un médecin traitant généraliste ou à des consultations de spécialistes de premier ou de second recours.*

*Beaucoup de débats ont eu lieu sur le fait de savoir comment répondre à la question de la pénurie médicale, avec des scénarios de coercition en matière de conditions d'installation. Travailler sur le temps médical disponible des médecins qui exercent aujourd'hui en faisant en sorte qu'ils puissent soigner plus et mieux en investissant à leurs côtés pour qu'ils bénéficient d'une assistance médicale me paraît une réponse nouvelle dont l'impact peut être beaucoup plus rapide et fort que tout autre moyen.*

*Le deuxième élément concerne l'organisation des soins, avec la première traduction d'éléments contenus dans le plan Santé 2022, annoncée le 18 septembre dernier par le Président de la République, l'émergence des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), le fait de favoriser l'exercice coordonné et la gradation des soins – même si ce sujet trouve, je pense, un débouché plus évident dans le projet de loi sur la santé annoncé pour le prochain semestre.*

*Nous investissons par ailleurs dans la prévention en élargissant l'objet du fonds « tabac » et en affectant des ressources supplémentaires à la prise en charge à 100 % des examens du jeune enfant ou dans la prise en charge des enfants autistes.*

*Enfin, nous innovons avec un élargissement de l'article 51 voté dans la LFSS 2018, qui s'ajoute à ce jour aux succès que nous sommes en train d'enregistrer. Cet article a répondu à une véritable attente : les acteurs en ont compris le sens et en ont trouvé le chemin. Cet article doit donner de la souplesse et de la réactivité à la capacité des acteurs à modifier l'organisation des soins, avec des modèles économiques et tarifaires correspondants.*

*De premiers pas ont été accomplis sur ce qui pourrait constituer une évolution des modes de rémunération, non à titre expérimental mais de manière stable et générale, en matière de prise en charge de pathologies comme le diabète et l'insuffisance rénale chronique (IRC) concernant la partie hospitalière et le séjour hospitalier. Il s'agira d'aller plus loin dans les années à venir.*

*Ce PLFSS marque donc un retour à l'équilibre, ce qui me paraît constituer la meilleure garantie pour que nous puissions stabiliser, préserver et pérenniser un modèle de protection solidaire. Par ailleurs, ce PLFSS investit dans des éléments stratégiques et structurels clés, que j'ai rapidement balayés.*

**M. Alain Milon, président.** – *Merci. La parole est au rapporteur général.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.**– *Monsieur le directeur général, merci de ces précisions.*

*Nous saluons, tout comme vous, l'équilibre ainsi dégagé pour les prévisions budgétaires 2019. La question est évidemment de savoir comment y parvenir. J'aimerais obtenir des précisions sur un certain nombre de points. On a notamment constaté, en 2017 et 2018, un dérapage des soins de ville dans l'Ondam, moins maîtrisés que les soins hospitaliers. Comment entendez-vous pratiquer en 2019 ?*

*D'une façon plus générale, vous nous avez dit que l'effort demandé à l'Ondam serait globalement de 3,8 milliards d'euros pour 2019. Sur quels points allez-vous faire porter cet effort ?*

*Nous avons toujours dit qu'il existait des économies à réaliser, des soins inutiles, redondants. Comment entendez-vous le traduire dans les chiffres ?*

*Vous avez également évoqué le plan Santé. Mme la ministre a indiqué qu'il s'inscrivait dans le PLFSS pour un montant d'environ 500 millions d'euros sur les 3,4 milliards d'euros qui seraient engagés dans les trois à quatre ans à venir. Pourriez-vous nous détailler les éléments principaux sur lesquels vous allez agir ?*

*Autre point devenu récurrent, celui du dossier médical partagé (DMP), promis pour le mois de novembre. Vous l'aviez déjà annoncé, je crois, pour le mois de juillet de l'année dernière. Nous n'allons pas vous faire un procès à ce sujet, mais nous souhaiterions obtenir d'ultimes précisions sur sa mise en œuvre.*

*S'agissant du RAC 0, qui représente, je crois, environ 700 millions d'euros à la charge de l'assurance maladie, certains assurés craignent de voir les cotisations de leur complémentaire augmenter. Qu'en pensez-vous ?*

*Enfin, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux gèrent l'Union pour la gestion des établissements de caisses d'assurance maladie (Ugecam), un groupement qui représente environ un milliard d'euros de recettes et qui compte 14 000 salariés.*

*La Cour des comptes demandait en 2017 de normaliser les conditions de financement des Ugecam, de mettre fin au concours dérogatoire de l'assurance maladie, d'organiser un retour rapide à l'équilibre financier, le déficit étant récurrent depuis plusieurs années, d'optimiser l'organisation du travail en renforçant le pilotage national ainsi que les mutualisations d'activités. Les recommandations de la Cour des comptes à ce sujet sont-elles aujourd'hui appliquées ? Ayant un tel établissement dans ma circonscription, je dois dire que cela me paraît nécessaire.*

**Mme Catherine Deroche, rapporteure pour l'assurance maladie.** – Monsieur le directeur général, une réserve prudentielle va s'appliquer pour la première fois sur l'enveloppe des soins de ville. C'est une des préconisations de la Cour des comptes. Cela va-t-il hypothéquer le renforcement des moyens annoncés pour le déploiement des CPTS ou des assistants médicaux, sujets sur lesquels des négociations doivent s'ouvrir entre la Cnam et les professionnels de santé ? Quels seront les objectifs de ces négociations ?

S'agissant du RAC 0, sur quelles hypothèses ont été fondées les évaluations du coût de la réforme pour l'assurance maladie ?

Par ailleurs, les chirurgiens-dentistes, lorsque nous les avons reçus, nous ont dit que la négociation dentaire avait été conduite avant la réforme de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Pouvez-vous évaluer l'impact de la fusion entre l'ACS et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le dentaire ?

Yves Daudigny, Véronique Guillotin et moi-même avons rédigé un rapport sur l'accès précoce aux médicaments innovants. C'est à cette occasion qu'a été souligné le problème du référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie (RIHN) et des tests biologiques innovants et compagnons dans la prise en charge des traitements. On a l'impression que la procédure d'inscription de certains actes à la nomenclature traîne, ce qui peut pousser des établissements de santé à renoncer à y avoir recours pour des raisons de coût. Ceci va à l'encontre des objectifs de pertinence des soins et d'adaptation du traitement, selon les résultats des tests compagnons. Avez-vous prévu d'accélérer la procédure d'inscription à la nomenclature de certains actes ?

L'article 43 prévoit de nouvelles mesures en faveur du développement du générique. Les médecins devront désormais justifier la mention non substituable, et les patients s'acquitter de la différence de prix entre le princeps et le médicament générique le plus cher.

Ceci sera-t-il efficace selon vous ? Les médecins et les pharmaciens ne sont pas forcément hostiles au développement du générique, mais préféreraient une politique concertée de développement et un accord conventionnel : les médecins seraient chargés d'informer les patients et les pharmaciens gèreraient la substitution, selon des objectifs fixés dans le cadre de cette convention. Cela vous paraît-il envisageable ?

Enfin, l'article 29 quinquies, introduit par le rapporteur général Olivier Véran à l'Assemblée Nationale, prévoit la mise en place d'un forfait de réorientation des patients qui sera versé aux services d'urgence par l'assurance maladie. Cette mesure, certes destinée à désengorger les urgences des hôpitaux, est totalement isolée des autres. Quelle est votre estimation de cette dépense supplémentaire à la charge de l'assurance maladie ?

**Mme Élisabeth Doineau, rapporteure pour la famille.** – Je voudrais surtout traiter ici de l'accès aux soins. Je pense que nous avons aujourd'hui devant nous des perspectives tout à fait intéressantes dans le plan « santé 2022 ». J'ai personnellement travaillé sur l'accès aux soins avec deux collègues, dont l'un député. Nous avons pu mesurer la révolution à laquelle nous assistons aujourd'hui sur le terrain et pu observer des projets innovants dans les territoires les plus fragiles.

*Je voudrais parler notamment de la télémédecine, qui est un sujet qui, en soi, peut être animé par l'assurance maladie dans le cadre de la formation ou de l'accompagnement. La télémédecine abolit les distances et peut constituer une réponse pour les territoires les plus isolés : cela permet, selon moi, d'optimiser les prises en charge, un certain nombre d'initiatives étant nées sur les territoires.*

*La télémédecine favorise également la formation continue permanente. Nous sommes allés, tout près de Paris, rencontrer des dermatologues qui travaillent quotidiennement avec des médecins généralistes sur les lésions cutanées. Ces derniers enrichissent ainsi leurs compétences par le biais de ce qu'on peut considérer comme de la formation continue. Cela renforce également les liens entre la ville et l'hôpital, entre le premier et le second recours, et c'est très important. Comment l'assurance maladie compte-t-elle participer à ce déploiement ?*

*Même s'il s'agit d'une expérimentation assez modeste, depuis que l'avenant numéro 6 a été signé, des initiatives naissent un peu partout sur les territoires. Comment pouvez-vous les accompagner, notamment sur le plan du financement ? Des équipements sont en effet nécessaires, et il faut se les approprier...*

*Il ne s'agit toutefois pas de se laisser abuser par des fournisseurs d'équipements qui proposent des prix bien trop élevés. Si la formation des professionnels est indispensable, celle des patients est également nécessaire. On entend souvent dire qu'on ne peut pas remplacer les médecins par des robots : or la télémédecine a besoin des professionnels pour accompagner ces dispositifs. Il faut donc valoriser financièrement les actes médicaux ou les actes de professionnels autres que médecins qui travaillent derrière ou à côté des écrans.*

*Pouvez-vous nous dire comment vous comptez accompagner ce déploiement et cette nouvelle forme de médecine ?*

**M. Gérard Dériot, rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT-MP).** – Monsieur le directeur général, la branche AT-MP est réellement équilibrée – trop, même ! On semble écarter toute nouvelle baisse du taux de cotisation AT-MP. Les recettes de la branche du régime général ont progressé en 2019 de 3,9 %, alors que ces dépenses n'augmenteront que de 1,7 %.

*La perspective d'une contribution de la branche AT-MP au désendettement des autres branches est de plus en plus clairement assumée par le Gouvernement, à rebours de la logique assurantielle de notre système de protection contre les risques professionnels. Ne serait-il pas plus vertueux de mobiliser une partie de l'excédent de la branche AT-MP pour renforcer les actions de prévention, qui représentent moins de 3 % des dépenses de la branche ?*

*Par ailleurs, en 2019, pour la cinquième année consécutive, le transfert de la branche AT-MP à la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnels sera maintenu à 1 milliard d'euros. Pourtant, la sinistralité baisse et de nombreux efforts de déclaration ont été réalisés. Ne pensez-vous pas que le maintien de ce transfert va finir par paraître assez artificiel ? Ceci ne risque-t-il pas d'envoyer un mauvais signal aux partenaires sociaux ?*

*Je rappelle que tout cela se décide normalement entre les différents partenaires sociaux. Or cela permet d'annoncer l'équilibre de la branche maladie. Le milliard transféré arrange bien les choses !*

*Enfin, le rapport de la députée Charlotte Lecocq plaide pour un guichet unique de la prévention, qui réunirait les services de santé au travail (SST) et les préventeurs de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat). Le transfert de l'activité de prévention de la branche à un opérateur privé régional unique me semble personnellement assez problématique, surtout dans les régions où on court le risque de s'éloigner des bassins d'emploi. Quelle est votre position sur l'enjeu de la réorganisation des services de santé au travail ?*

*Voici les questions que je voulais vous poser, monsieur le directeur général. Ce n'est pas très nouveau : les mauvaises habitudes perdurent ! Nous souhaiterions que vous puissiez trouver une solution pour estimer un peu mieux les sous-déclarations, qui sont manifestement estimées « au doigt mouillé », je le répète.*

*Ainsi que je l'ai déjà dit l'année dernière, il me semble que votre organisme est extrêmement compétent. Pour établir des statistiques, il n'y en a pas de pareil ! Dans ce domaine, ce devrait être la même chose.*

**M. Nicolas Revel.** – *Monsieur le rapporteur général, vous avez tout à fait raison s'agissant de la question des sous-Ondam et du respect des enveloppes liées aux dépenses de ville : les chiffres parlent d'eux-mêmes. Nous observons depuis maintenant quelques années un dépassement de l'exécution de l'Ondam de ville par rapport au sous-Ondam voté dans le cadre du PLFSS, qui est compris entre 80 milliards d'euros et 90 milliards d'euros. Ce dépassement se situe aujourd'hui à un chiffre de 300 millions d'euros à 500 millions d'euros. Il conduit en effet – ce qui fait toujours réagir les fédérations hospitalières –, pour tenir l'Ondam, à procéder à l'annulation d'un certain nombre de crédits mis en réserve en début d'exercice et délégués dans le respect de l'Ondam voté. Pour faire simple, on pourrait dire que l'hôpital paye pour la ville.*

*La question est de savoir comment travailler à une régulation infra-annuelle de la dépense de ville. Cette question est légitime. Il me paraît tout d'abord important de rappeler un premier élément : ces notions d'Ondam de ville et d'Ondam hospitalier sont des notions quelque peu « piégeuses ». Vous devez savoir que ce qu'on appelle l'Ondam de ville, c'est-à-dire les dépenses qui s'imputent sur le sous-Ondam de ville englobent tout ce qui est consultation médicales des médecins de ville, médicaments dispensés par les officines de ville, mais intègrent aussi tout le poste consacré aux transports sanitaires, dont les deux tiers sont prescrits par les établissements, à hauteur de 4,6 milliards d'euros, avec une dynamique de 4,5 % à 5 %.*

*L'Ondam de ville prend par ailleurs en compte tous les médicaments en rétrocession hospitalière prescrits par un médecin hospitalier et délivrés par une pharmacie hospitalière à un patient qui n'est plus hospitalisé. Tous les traitements du VHC, l'hépatite C, ainsi que beaucoup de produits anticancéreux sont aujourd'hui en rétrocession hospitalière. Celle-ci, par une norme comptable, est intégralement imputée à l'Ondam de ville, le patient n'étant plus hospitalisé.*

---

*Lorsqu'un chirurgien opère dans un établissement privé, à but lucratif ou non, il y a facturation par l'établissement d'un séjour, mais la rémunération dudit chirurgien relève de l'Ondam de ville. 20 % des indemnités journalières sont prescrites par des médecins hospitaliers. Il faut donc être nuancé.*

*Deuxième élément : la régulation des dotations versées aux établissements – ce qui constitue toujours une mauvaise nouvelle pour eux – ne porte pas atteinte aux rémunérations des professionnels de santé qui exercent dans ces établissements.*

*S'il s'agit de réfléchir à des dispositifs de régulation infra-annuelle équivalents pour les professionnels de ville, il faut que la notion de sous-Ondam soit clarifiée, mais il faut probablement aussi s'interroger sur la valeur relative des sous-Ondam entre eux, ceux-ci comportant un léger différentiel. Il est aujourd'hui sans conséquence, faute de dispositif réel de responsabilisation des sous-enveloppes. S'il devait y en avoir un, je pense que le positionnement du taux d'évolution des deux sous-ensembles serait beaucoup plus analysé.*

*Il ne faut pas perdre de vue qu'une régulation infra-annuelle des professionnels, de ville consisterait à leur verser ou non des éléments de rémunération, ce qui peut tout à fait être envisagé en théorie, à la condition que ceux dont nous réserverions une part des rémunérations soient bien à l'origine du dépassement. Il faut toujours veiller à ce que les choses soient justes et lisibles.*

*La réponse apportée par le PLFSS est un peu différente. Elle consiste à introduire une réserve prudentielle, terme un peu mystérieux : après avoir observé qu'il existait toujours, ces dernières années, quelques centaines de millions de dépassement en exécution de l'Ondam de ville du fait de toute une série de facteurs, y compris ceux liés à l'activité hospitalière, on a fait en sorte, dans la construction même de l'Ondam et de l'Ondam de ville, de prévoir une réserve qui n'obéisse pas à une logique de régulation, déléguée ou non, mais à une logique de remboursement de soins.*

*Ceci nous oblige à dégager des économies permettant de supporter, le cas échéant, un dépassement intégré dans la construction ab initio, qui doit donc viser, demain, un dépassement moindre, voire nul.*

*Cela suppose de réaliser des économies. Vous m'avez demandé de décrire l'ensemble des actions permettant d'atteindre ce quantum d'économies, de modération de la progression de la dépense à hauteur de 3,8 milliards d'euros. Vous êtes habitués à l'annexe du PLFSS : vous avez donc observé qu'il existe une grande stabilité dans les différents leviers d'action, dont certains portent sur des économies touchant à la sphère des établissements, tenant autant à l'optimisation des achats qu'à une action sur les volumes de séjour, la modération de la dépense hospitalière devant amorcer plus rapidement le virage ambulatoire, tout en évitant des hospitalisations et des réhospitalisations inutiles. On enregistre depuis deux ans un ralentissement de l'activité hospitalière – réel en 2017 et qui se poursuit de manière plus modérée en 2018.*

*Cela peut constituer un élément de tension sur les finances, les financements et les ressources des établissements mais c'est, sur le moyen terme, cohérent avec toute la stratégie que nous voulons déployer pour faire en sorte de mieux organiser les soins, éviter les passages aux urgences et les hospitalisations lorsqu'on le peut, et pouvoir mieux prendre en charge les patients chroniques à domicile.*

*Il existe par ailleurs toute une série de pratiques qui relèvent davantage de l'intervention de la Cnam. Elles portent sur des actions conjuguées sur les tarifs et sur la pertinence des prescriptions, des actes, des transports. Il me faudrait pouvoir entrer dans chaque sujet pour vous apporter un éclairage : il s'agit en effet à chaque fois de dizaines de programmes et d'actions différentes, que ce soit en termes de transports, d'imagerie, de médicaments génériques, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de biologie, etc.*

*Nous suivons nos actions. La question est donc de savoir si nous réalisons les économies prévues. Pour tout ce qui est tarifaire, c'est assez facile : nous observons la façon dont nous avons réussi à modérer l'évolution du poste par rapport au tendancier – actes infirmiers, imagerie.*

*En 2017, nous avons atteint nos objectifs. Cela n'avait pas été le cas en 2016 : nous étions alors un peu en dessous. Il est trop tôt pour le dire à propos de 2018. Nous ne sommes pas aujourd'hui à 100 % de nos prévisions, mais nous progressons, la fin d'année apportant un redressement de nos résultats.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *Travaillez-vous sur les objectifs et les propositions de la Haute Autorité de santé (HAS) relatives à la pertinence des actes ?*

**M. Nicolas Revel.** – *Nous avons engagé avec la HAS un travail qui s'inscrit dans le cadre d'un des chantiers de la stratégie de transformation du système de santé. Le Premier ministre, en février dernier, a en effet lancé cinq grands chantiers de transformation. L'un d'eux porte sur la qualité et la pertinence des soins. Le copilotage a été confié à Dominique Le Guludec, présidente de la HAS, Olivier Lyon-Caen, médecin-conseil national de l'assurance maladie et Alain-Michel Ceretti, président de France assos santé. Ce travail a consisté, entre février et septembre, à se pencher sur divers sujets, comme les indicateurs de parcours ou la prise en compte du retour patients.*

*Enfin, l'assurance maladie a mené une réflexion sur les conseils nationaux professionnels (CNP), qui représentent, par spécialité médicale, les sociétés savantes et les syndicats professionnels, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Il s'agit de lieux de travail scientifiques, médicaux, où les interlocuteurs sont prêts à s'engager dans la formalisation de recommandations de pertinence, de bonnes pratiques et de bonne organisation des soins*

*Nous avons agi en lien étroit avec la HAS et nous allons poursuivre dans cette configuration pour que les conseils nationaux professionnels produisent et diffusent plus rapidement des éléments de bonne pratique à l'ensemble des soignants. Nous l'avons déjà réalisé pour deux pathologies, l'insuffisance cardiaque et l'ostéoporose. Nous continuons avec l'épilepsie et la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).*

*La HAS aura ensuite à les valider, à les retravailler ou à les écarter, car elle doit être dans son rôle et juger la qualité in fine. Cela nous permet d'aller plus vite et d'être dans un dispositif où les médecins sont partie prenante de la démarche et s'engagent dans la diffusion, auprès de leurs confrères, d'un matériau qu'ils auront largement contribué à définir eux-mêmes.*

Cela fonctionne. J'ai ainsi signé avec les radiologues, en avril dernier, un protocole devant aboutir à des économies – ce qui n'est pas le but premier des CNP – qui insiste plus sur la pertinence que sur l'aspect tarifaire. Auparavant, nous avions avec les radiologues des protocoles strictement tarifaires. On convenait, dans un rapport de force un peu dur, de programmer des baisses de tarifs. On se dit à présent qu'il y a des économies à réaliser sur des actes inutiles. Ils en conviennent et sont prêts à s'engager vis-à-vis des prescripteurs, notamment en matière de lombalgie ou d'imagerie du rachis, pour leur expliquer qu'il ne sert à rien de réaliser des images trop tôt. On a donc convenu d'économies qui amènent les radiologues à déployer, sur le plan local, des actions de sensibilisation de leurs confrères, qui se traduisent déjà dans nos chiffres par une modération de l'évolution du poste. Cela fonctionne.

S'agissant du plan Santé, la ministre vous a indiqué que celui-ci s'élèverait à 500 millions d'euros en 2019. Il s'agit d'investissements favorisant la transformation, qui comprend trois objectifs principaux.

Le premier concerne l'investissement hospitalier. Ainsi que vous l'avez compris, cette stratégie comporte une orientation très forte en faveur d'une gradation des soins plus affirmée et mieux assumée dans les différents niveaux d'offres de proximité spécialisées et très spécialisées, qui doivent mailler l'organisation des soins hospitaliers dans les territoires.

Le deuxième objectif en matière d'investissements touche à la structuration des soins de ville – assistants médicaux, CPTS, exercices coordonnés.

Le troisième objectif a trait à la coordination ville-hôpital par le déploiement d'outils numériques, le dossier médical partagé étant l'un d'eux, mais non le seul.

Le chiffrage des différents budgets affectés à ces trois sous-ensembles n'est pas achevé. Pour les CPTS et les assistants médicaux, cela renvoie à une négociation. Il n'existe donc pas, par définition, de chiffres connus à ce jour.

Concernant le DMP, je reconnais avoir peut-être été légèrement optimiste. Je m'étais fixé une borne à la fin du premier semestre 2018. Nous avons reporté le lancement à novembre. C'est mardi prochain que la ministre lancera la campagne officielle en direction des patients pour les inviter à créer leur DMP. Il s'agit d'un élément extrêmement important pour les patients en termes d'accès à l'information qui les concerne, mais aussi d'un instrument de bonne prise en charge et de bonne coordination entre professionnels.

Vous savez que l'assurance maladie a repris la responsabilité du DMP grâce à la loi de 2016. Après douze années, le bilan s'élevait à 500 000 DMP ouverts pour toute la population résidant en France. La moitié était vide. Nous avons cherché à comprendre pourquoi et à relancer le DMP avec de meilleures chances de succès.

Le premier axe est de faire en sorte qu'il soit plus simple qu'auparavant d'ouvrir un DMP. Initialement, seul un médecin, grâce à sa carte professionnelle de santé (CPS), pouvait créer le DMP, en présence du patient muni de sa carte Vitale. Il est donc normal qu'il y en ait eu si peu, les médecins ayant autre chose à faire, a fortiori compte tenu de la tension qui s'exerce sur la ressource médicale.

*Nous avons investi pour rendre possibles des ouvertures de DMP par les assurés eux-mêmes grâce à d'autres voies et, en premier lieu, par le biais d'un site Internet, après que l'intéressé ait reçu ses éléments d'identification spécifiques en toute sécurité.*

*Nous avons également rendu possible le fait de pouvoir créer son DMP dans les accueils de caisses primaires, où nous comptons chaque année plus de 30 millions de passages.*

*En outre, nous avons ouvert à des professionnels de santé autres que les médecins la possibilité de créer des DMP. Nous avons passé une convention avec les pharmaciens à cette fin. Ils seront rémunérés un euro par DMP ouvert. Les pharmaciens ont déjà ouvert des dizaines de millions de dossiers pharmaceutiques. Nous avons donc engagé un partenariat avec eux. Je souhaite le faire aussi avec les infirmières et infirmiers libéraux.*

*Nous rodons la montée en charge de ces différents canaux. Nous sommes très loin d'avoir atteint leur pleine puissance. Les ouvertures par Internet ne se font pas encore, car nous n'avons pas encore envoyé les identifiants aux patients par e-mail. Les pharmaciens sont quant à eux en train de s'équiper. 8 000 d'entre eux seront en capacité de les créer la semaine prochaine. 1 000 pharmacies supplémentaires s'équipent chaque semaine. Le rythme de déploiement et d'équipement est assez important.*

*La semaine dernière, nous avons créé 82 000 DMP, contre 500 000 en douze ans. Je ne crois pas me tromper en disant que ce nombre hebdomadaire va fortement augmenter dès que nous allons monter en charge et mener une campagne nationale, à partir de la semaine prochaine.*

*Je pense que nous pouvons réussir, ce qui est le évidemment la condition sine qua non et première, à convaincre beaucoup d'assurés et de patients d'ouvrir leur DMP. Je me suis fixé l'objectif ambitieux de 40 millions de DMP en cinq ans. Le DMP doit viser cette ambition.*

*Deuxième condition sine qua non : que ces DMP disposent d'informations, sans quoi nous ne serons jamais à 40 millions de DMP, les gens voyant que cela ne sert à rien.*

*Pourquoi certains DMP étaient-ils vides ? Auparavant, il fallait qu'un médecin, un professionnel de santé ou un établissement, de manière proactive, y fasse figurer une information. Nous amenons un élément radicalement nouveau : nous injectons pour le régime général, ainsi que pour les assurés de tous les régimes, deux années de remboursement de soins dès la création du DMP : médicaments, praticiens, séjours hospitaliers, examens de laboratoire...*

*C'est un premier élément, mais il est insuffisant. Il faut pouvoir compléter par des comptes rendus d'hospitalisation, des prescriptions, des comptes rendus d'analyses, etc. Ce travail se poursuit. Environ 600 établissements de santé alimentent les DMP par les comptes rendus d'hospitalisation. Nous continuons à travailler pour monter en charge. Nous sommes également en relation avec les biologistes à cette fin.*

---

*Le RAC 0 entraînera-t-il un impact sur les primes des complémentaires santé ? Il est important de rappeler que les primes des complémentaires augmentent chaque année, ce qui est normal, l'augmentation des remboursements augmentant avec la consommation de soins. L'assurance maladie fait face, sans augmenter les taux de cotisation, grâce à la dynamique de la masse salariale, qui constitue l'assiette de nos cotisations. Les contrats des complémentaires ne procèdent pas de la même mécanique. Comme tout contrat d'assurance, ceux-ci sont en effet indexés en euros.*

*Je ne suis pas en train de justifier les augmentations des complémentaires au cours des dernières années. Ce n'est pas mon rôle et je n'ai pas d'avis particulier sur le sujet. Je dis simplement que, mécaniquement, les contrats des complémentaires obligent à un certain ajustement des ressources au regard de l'évolution des dépenses.*

*Nous avons étroitement travaillé à ce sujet avec les trois familles de complémentaires pour veiller à un équilibre macrofinancier de la réforme. Il existe des postes dentaires ou d'audioprothèses pour lesquels la dépense est plus importante. Pour le poste relatif à l'optique, la pente naturelle, avant même la réforme, est baissière. En outre, la réforme présente des éléments devant conduire à des économies supplémentaires pour les complémentaires en matière d'optique, compte tenu de la dynamique et de l'évolution des contrats.*

*Globalement, année après année, nous sommes dans une logique de relatif équilibre. Selon certaines études, il peut exister un impact sur de petits contrats si l'on veut assurer leur équilibre économique. L'argument est imparable mais, aujourd'hui, tous les opérateurs savent qu'ils gagnent sur certains contrats et perdent sur d'autres.*

*Les opérateurs devront donc implicitement continuer à raisonner en mutualisant leurs différents risques. Il serait donc anormal que l'on connaisse un ajustement total sur le coût des petits contrats : ce ne serait pas le reflet de l'impact économique global de la réforme sur les opérateurs que sont les entreprises et les organismes complémentaires, qui ne doivent pas raisonner uniquement contrat par contrat. Nous serons évidemment attentifs au fait que la nature de ce compromis soit respectée lorsque les entreprises prendront leur décision le moment venu.*

*Les Ugecam sont un groupe adossé à l'assurance maladie qui gère 240 établissements, 14 000 collaborateurs, un milliard de produits liés à notre activité. On y trouve beaucoup de soins de suite et de réadaptation (SSR), et de médico-social pour l'essentiel.*

*Un rapport de la Cour des comptes souligne un certain nombre de points fort justes. Nous sommes, vous l'avez dit, sur un milliard de ressources. Le déficit d'exploitation est compris entre 10 millions d'euros et 15 millions d'euros. C'est pour moi un sujet de préoccupation qui tient beaucoup aux établissements sanitaires SSR. Eux-mêmes ont connu une certaine évolution de leurs ressources, même s'il ne s'agit pas uniquement des SSR des Ugecam. On a en effet assisté à une évolution assez sévère des dotations annuelles de financement (DAF), dont nous subissons les effets en tant que gestionnaires d'établissements*

*Nous avons pour projet de ramener ces déficits d'exploitation à zéro. Beaucoup d'actions sont déployées dans les établissements pour y parvenir, notamment dans les établissements déficitaires. Nous sommes également en train de résorber les financements dérogatoires dans le cadre de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG). Il n'existera donc plus de financement dérogatoire. Ceux-ci représentaient quelques millions par an. Ils finançaient l'intéressement des collaborateurs.*

*Enfin, ce retour à l'équilibre nécessite un travail sur la mutualisation. Celle-ci est engagée. Nous mutualisation en ce moment la paye, le support informatique. Nous sommes parfois amenés à retravailler sur les conditions d'encadrement du temps de travail, certains accords locaux méritant d'être revisités. Nous serons, je l'espère, à l'équilibre les prochaines années.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *Ce n'est pas la qualité des établissements qui est ici en cause. La Cour des comptes – je ne partage pas cette conclusion – estimait qu'il fallait mettre un terme à l'expansion de l'offre de soins et revenir à une gestion de droit commun. Ces établissements permettent notamment de mailler le territoire.*

*Nous pensons tous ici bien trop à la proximité, notamment en matière de soins de suite, pour nous plaindre de l'investissement de l'assurance maladie, mais il convient cependant que l'organisation soit encore plus efficace et maille encore un peu mieux le territoire.*

**M. Nicolas Revel.** – *La Cour des comptes nous dit de ne pas créer plus d'établissements, considérant que nous sommes déficitaires. En réalité, nous n'avons pas de politique d'expansion. En revanche, il nous arrive de répondre à des sollicitations, notamment dans le champ médico-social.*

*Il peut arriver, parce que nous sommes un acteur présent dans les territoires lorsqu'il s'agit de reprendre un établissement, que les ARS nous demandent d'agir. C'est un des points sur lesquels j'ai fait savoir à la Cour des comptes que je ne comprenais pas sa conclusion.*

*Vous m'avez interrogé sur les hypothèses qui ont fondé nos estimations de coûts s'agissant du RAC 0. Celles-ci intègrent une certaine augmentation du volume. Je vous communiquerai des éléments à l'issue de notre réunion.*

*Par ailleurs, un amendement du Gouvernement, voté en première lecture à l'Assemblée nationale, invite l'assurance maladie et les partenaires conventionnels à ouvrir une négociation dans le mois qui suit la promulgation de la LFSS, fin janvier, concernant deux objets.*

*Le premier objet concerne l'exercice coordonné, le financement et la constitution des CPTS, dont le président de la République souhaite qu'elles maillent le territoire à hauteur d'environ un millier d'ici 2022.*

*Au-delà des CPTS, il faut convenir que l'exercice coordonné se joue aussi entre les professionnels sur des échelles plus proches, à deux niveaux. Le premier niveau concerne, sur un échelon territorial assez large, l'organisation de soins non programmés, la mise en œuvre de structures capables de gérer des parcours complexes,*

notamment sous l'angle ville-hôpital. Le deuxième niveau consiste à aider les professionnels à mieux s'organiser pour prendre le patient en charge. Ils le font au quotidien, mais il faut leur donner des outils supplémentaires pour le faire mieux. Cette négociation sera pluri-professionnelle. C'est le premier bloc.

Le deuxième objet concerne les médecins : il s'agira de déployer des assistants médicaux et de répondre à toute une série de questions, comme le fait de savoir quel médecin sera éligible au financement d'un assistant médical, quelles seront les conditions pour en bénéficier. Il est clairement indiqué qu'il faut favoriser l'exercice regroupé, coordonné et obtenir des contreparties : si on finance des assistants médicaux, c'est pour améliorer l'accès aux soins. On va donc probablement demander à un médecin généraliste d'augmenter le nombre de ses patients, l'assistant médical lui permettant de travailler mieux et davantage.

J'entends vos réactions : les assistants médicaux sont une idée portée à la fois par l'assurance maladie et le ministère de la santé, mais aussi par beaucoup de professionnels eux-mêmes, en Allemagne et dans d'autres pays européens, mais aussi en France, où certains généralistes ont investi dans cette organisation. Ils sont capables de rendre compte de l'impact de cette organisation en lien avec un profil soignant – sans que ce soit pour autant une infirmière.

Les médecins peuvent ainsi se recentrer sur leur cœur de métier, débarrassés d'une série de tâches qui ne constituent pas le cœur de leur expertise. Les assistants médicaux n'ont pas l'air malheureux non plus. L'impact sur l'activité du cabinet se révèle très significatif en nombre de consultations, avec davantage de patients suivis et un impact réel sur la qualité de vie des soignants et des médecins.

Ce modèle de l'assistance médicale, qu'on découvre en France, que certains font déjà fonctionner, permet une offre de soins primaires qui répond beaucoup mieux à la demande, les médecins pouvant suivre davantage de patients.

L'objectif est de faire en sorte qu'un patient qui perd son médecin généraliste qui part à la retraite puisse plus facilement en retrouver un autre parce qu'on donne les moyens à son remplaçant de suivre davantage de patients que son prédécesseur ne le faisait jusqu'alors. C'est un objectif qui répond à un modèle d'organisation qui a fonctionné et qui fonctionne autour de nous, même en France.

S'agissant de l'impact de la réforme de l'aide à la complémentaire santé, nous avons, grâce à la nouvelle convention qui s'est appuyée sur le règlement arbitral précédent, réalisé depuis maintenant un an la jonction entre les assurés à l'ACS et à la CMU-C, désormais éligibles au même panier de soins et aux mêmes tarifs.

L'impact de cette réforme va en réalité consister – et c'est l'objectif – à faire en sorte qu'il existe plus d'assurés dans ce nouveau dispositif de la CMU-C. La convention prévoit qu'en cas d'augmentation du nombre d'assurés à la CMU-C ou à l'ACS de plus de 10 % ou 12 %, une clause de revoyure des tarifs du panier CMU-C sera automatiquement prévue.

Quant au RIHN, vous avez raison de dire qu'il faut que l'on accélère l'inscription dans le droit commun tarifaire. Le coût des actes innovants qui ne sont pas pris en charge pèse sur ses enveloppes. Les établissements demandent légitimement que nous accélérions l'inscription et le remboursement de ces actes.

*Pour ce faire, il faut les évaluer. Nous avons donc travaillé avec la HAS à un calendrier afin qu'elle puisse se donner les moyens d'évaluer par paquets successifs, au cours des trois prochaines années, des actes de biologie ayant vocation, dans le droit commun, à être inscrits et remboursés.*

*L'article 43 sur les génériques part du constat qu'en France, malgré tous les efforts qui ont été déployés au cours des dernières années, nous avons une part en volume des médicaments génériques très significativement en dessous de ce qu'on voit autour de nous : nous sommes quasiment dans un rapport du simple au double. Cela tient au fait qu'on dénombre beaucoup de prescriptions hors répertoire. Par ailleurs, le pourcentage de prescriptions mentionnant le caractère non substituable de celle-ci a quadruplé en cinq ans. Nous étions à 2 % en 2012. Nous sommes aujourd'hui à 8 %.*

*Je ne crois pas que cette évolution se fonde strictement sur des raisons médicales. Je le dis comme je le pense. Il faut, à un moment donné, trouver des moyens de responsabiliser les patients, les prescripteurs et les pharmaciens. C'est ce à quoi vise cette disposition.*

*Vous m'avez interrogé sur la question de savoir s'il pourrait être intéressant de procéder par la voie d'un accord pluri-professionnel entre médecins et pharmaciens. Une des missions de l'assurance maladie est de négocier des accords conventionnels. Je suis par principe intéressé lorsque des professions souhaitent faire évoluer par voie conventionnelle des pratiques en vue d'une plus grande efficacité, mais on a essayé beaucoup de choses jusqu'à présent.*

*J'y suis prêt si le contenu de ce chantier conventionnel peut nous permettre d'espérer des évolutions de pratiques. Proposer un texte conventionnel pétri de bonnes intentions pour prescrire demain moins de mentions « NS » sans aucun mécanisme permettant d'y parvenir serait se payer de mots. Je dialogue sur la question avec les professionnels : pourquoi ne pas ouvrir un chantier pour montrer qu'on est capable d'améliorer la part du générique par d'autres leviers que ceux prévus par la loi, pour autant qu'ils soient prêts à s'engager dans des évolutions qui permettent de sanctionner positivement et négativement certaines prescriptions ?*

*Aujourd'hui, certains médecins font figurer la mention « NS » sur 20 % de leurs prescriptions. 8 % serait encore trop. Cela n'a ni sens ni fondement. Si les acteurs sont prêts à s'engager dans des dispositifs un peu plus efficaces que de simples intentions, cela peut être intéressant.*

*Le forfait « réorientation urgences » constituera une expérimentation qui part de l'idée selon laquelle on enregistre trop de passages aux urgences. C'est le cas en France comme dans beaucoup de pays autour de nous. Le nombre ne cesse d'augmenter sans le moindre motif.*

*Comment faire pour que les établissements, alors qu'ils facturent ces actes, soient incités à renvoyer ces patients vers la ville ? C'est le sens de l'amendement proposé à l'Assemblée nationale par le rapporteur général. Il pose évidemment des questions mais il a été réécrit pour s'inscrire dans un cadre expérimental. Je pense qu'il faut considérer les choses sous cet angle et étudier ce que cette expérimentation peut donner.*

*S'agissant de la télémédecine, nous avons signé en juin dernier un avenant important à la convention médicale, qui va permettre de passer d'une télémédecine expérimentale trop compliquée pour les acteurs, et qui n'a jamais décollé en France, à des actes remboursés comme n'importe quel acte. La télé-expertise, qui n'est pas encore entrée en vigueur, sera mise en œuvre en début d'année.*

*Ainsi que vous l'avez dit, la téléconsultation rend service à un patient auquel on évite un déplacement. La télémédecine ne crée pas de temps médical supplémentaire. En revanche, elle rend service dans des situations très concrètes : je pense à un patient à domicile, avec une pathologie lourde. Son infirmière considère que l'évolution de la situation du patient justifie que le médecin le voie. Celui-ci ne peut passer dans la journée : elle peut déclencher une téléconsultation avec le généraliste.*

*Vous êtes suivi par un spécialiste éloigné, en ville ou à l'hôpital. Vous avez vocation à aller le voir régulièrement mais, de temps en temps, vous pouvez procéder par téléconsultation, ce qui évite un déplacement qui peut être assez long.*

*Nous avons souhaité que la téléconsultation respecte un certain nombre de principes de bonne organisation des soins. Nous voulons notamment que le patient et le médecin se connaissent, se soient vus en consultation au cours des douze derniers mois pour que la téléconsultation s'intercale dans une relation de soignant à patient qui demeure fondée sur le principe même de la médecine, qui est d'avoir une consultation présenteielle, sans qu'on bascule purement et simplement, parce qu'on éprouve une difficulté à trouver des soignants, dans une consommation de soins par télémédecine, avec des plateformes commerciales qui, aujourd'hui, font croire qu'elles sont remboursées par l'assurance maladie, alors que ce n'est pas le cas. Ce modèle de médecine n'est pas celui que nous voulons favoriser.*

*La télé-expertise permettra, à compter de l'année prochaine, de gagner du temps médical. On aura ainsi une accélération de la réponse médicale.*

*Enfin, nous voulons étendre ce dispositif à d'autres professionnels que les médecins. Nous négocions en ce moment avec les pharmaciens et les infirmières la possibilité de les rémunérer pour assister le patient pendant une téléconsultation, certains en ayant besoin.*

*On pourra faire de la téléconsultation depuis chez soi, sous certaines conditions. C'est au médecin d'en décider mais, bien souvent, il sera utile d'avoir des objets connectés pour obtenir des éléments de diagnostic plus complets que le son et l'image. Cela signifie qu'il faudra accompagner les officines qui veulent s'équiper, ainsi que les infirmières et les infirmiers qui devront avoir avec eux, dans le cadre de leur visite, un kit d'équipement minimal leur permettant d'enrichir le contenu de la téléconsultation.*

*Les AT-MP sont en effet une branche excédentaire. Cela conduit en effet, dans le cadre de la COG signée avec l'État pour cinq ans, à une augmentation très forte des crédits dédiés à la prévention, notamment des budgets d'aide simplifiée aux entreprises. Nous allons vers un doublement de ce budget à l'échéance de la COG.*

*Deuxième élément : vous mettez en doute les travaux d'évaluation de la sous-déclaration, qui ne sont pas établis par l'assurance maladie – on pourrait nous suspecter d'être juges et parties, ce qui ne serait pas le cas d'ailleurs puisque nous gérons les deux branches et que nous y sommes attentifs. C'est un conseiller maître à la Cour des comptes qui réalise ce travail et qui a avancé le chiffre d'un milliard d'euros.*

*On a en effet de moins en moins de sous-déclarations des accidents du travail, même s'il y en a encore. Je ne dirais pas la même chose des maladies professionnelles. Nous voyons augmenter le nombre d'arrêts de travail payés par la branche maladie pour des motifs liés à l'exercice professionnel des salariés. C'est devenu un phénomène prégnant, que ce soit pour des lombalgies, des troubles musculosquelettiques ou pour des motifs liés au stress professionnel, au burn out et à différents motifs médicaux de cette nature.*

*Je souhaite enfin dire un mot du rapport sur la santé au travail. C'est en effet un rapport qui a pour mérite – et c'était l'objet de la saisine – de poser la question de l'efficacité de la santé au travail en France, qui est un vrai sujet, avec un éparpillement des acteurs, une certaine insatisfaction générale quant au fonctionnement de ces services. La proposition consiste à proposer, à l'échelle régionale, un opérateur unique en charge de la santé au travail, mais également de la prévention sous toutes ses formes, y compris celles relevant de la branche risques professionnels. L'idée est de transférer à cet opérateur les ressources, les missions, les compétences et les effectifs des agents de prévention de la branche.*

*C'est un choix que je ne partage pas. En effet, en 1946, quand la loi a créé la branche consacrée aux risques professionnels, elle a considéré que, comme pour toute branche de la sécurité sociale, son rôle n'était pas uniquement de payer mais aussi d'agir sur la réduction du risque. Aujourd'hui, l'évolution de la sinistralité des accidents du travail est réelle. Elle tient à l'efficacité du modèle de la branche relative aux risques professionnels, qui jouit d'une capacité d'action dans les entreprises où les situations sont les plus risquées et les plus difficiles.*

*La branche intervient chaque année dans environ 3 % à 4 % d'entreprises. Nous nous constatons un problème de sinistralité. Nous intervenons avec une mission de conseil, mais aussi en utilisant des leviers juridiques et réglementaires. Lorsque nous constatons un manquement en termes de sécurité dans une entreprise, nous avons le pouvoir d'enjoindre à l'entreprise d'agir. Lorsqu'une entreprise veut agir et que nous pouvons l'accompagner financièrement, nous disposons de budgets de prévention pour ce faire.*

*Ce modèle est très cohérent et je ne crois pas que l'idée qu'il faille dissocier la mission de prévention et la mission de contrôle soit recevable. C'est, je crois, le modèle sur lequel nous avons construit un certain nombre de nos gestions de risques et sur lequel repose l'efficacité de notre dispositif.*

*Par ailleurs, comme je l'ai dit, l'enjeu de l'efficacité de la santé au travail – c'est un débat qu'on pourrait avoir avec les auteurs du rapport – ne peut se résumer à du Meccano administratif : on ne peut créer un opérateur régional unique à partir de 250 services de santé au travail sans l'adosser à une structure existante. C'est en soi un pari. J'ai quelques « heures de vol » dans l'administration : créer à partir de rien une entité régionale qui doit piloter et gouverner des services aujourd'hui quelque peu abandonnés à eux-mêmes n'est pas simple...*

*Il faut donc bien réfléchir à la façon dont ceci pourrait être rendu demain plus efficace : quel pilotage, quelle capacité de management au quotidien ? Ce sont des sujets qui doivent être selon moi traités de très près.*

Quoi qu'il en soit la branche relative aux risques professionnels est efficace. La démembrer reviendrait à revisiter le modèle de 1946 et pourrait porter atteinte à un service public qui a fait la preuve de son efficacité. Il faut certainement agir pour rendre les choses plus efficaces et plus simples pour les entreprises. Nous sommes tout à fait ouverts et serons amenés à faire des propositions.

**M. Alain Milon, président.** – Merci, monsieur le directeur général, pour ces réponses particulièrement complètes.

La parole est aux commissaires.

**M. Yves Daudigny.** – Monsieur le directeur général, pouvez-vous, en premier lieu, donner une répartition des efforts consentis entre l'assurance maladie obligatoire, les complémentaires et les professionnels pour mettre en place le RAC 0 ?

En deuxième lieu, le panier CMU est-il identique au panier « 100 % » ? Si tel n'était pas le cas, n'existera-t-il pas un problème pour les bénéficiaires de la CMU-C, qui vont payer une cotisation à une mutuelle sans bénéficier du même panier que d'autres affiliés ? Ceci me paraît important et a été peu évoqué.

Troisièmement, concernant le reste à charge en matière optique, la mesure qui limite le remboursement des montures à 100 euros peut entraîner la disparition d'un certain nombre d'emplois de lunetiers. Par ailleurs, les bénéficiaires d'une monture d'un prix supérieur peuvent vouloir garder une monture de prix équivalent et risquent donc de voir leur reste à charge augmenter.

S'agissant de la recherche d'un temps médical plus important, nombreuses sont les mesures en délégation de tâches ou d'activités. Celles-ci touchent très souvent les pharmaciens – il faut s'en féliciter – et quelquefois les infirmières et infirmiers. Les infirmières et infirmiers libéraux sont 120 000. Ils irriguent l'ensemble du territoire, sont présents chez les patients souvent les plus lourds. Sont-ils bien pris en compte dans le rôle qu'ils peuvent jouer en matière de suivi de maladies chroniques ou de médecine ambulatoire ?

Concernant la pénurie de médicaments, un article d'un grand quotidien, ce lundi, ainsi qu'un rapport sénatorial, ont mis en évidence l'ampleur et la gravité d'un sujet que les pouvoirs publics ne soupçonnaient peut-être pas. Cette difficulté ne se réglera ni rapidement ni facilement, mais je voudrais connaître votre opinion à ce sujet.

Enfin, vous avez évoqué l'article 51, en liaison avec l'article 29. Il existe parfois un écart entre les objectifs partagés et leur mise en œuvre. Or nous avons rencontré, au cours de ces dernières semaines, des acteurs qui ont porté de dossiers très lourds et complexes. Les ARS ont-elles le même souci de souplesse et de réactivité que celui que vous avez évoqué ?

**M. Jean-Marie Morisset.** – Monsieur le directeur, je souhaiterais évoquer le RAC 0, car beaucoup de questions se posent localement.

C'est une offre gratuite, mais elle a un coût. La répartition se fait à hauteur de 75 % pour l'assurance maladie et de 25 % pour les complémentaires. N'a-t-on pas imaginé que l'assurance maladie prenne le RAC 0 en charge à 100 % ? Cela éviterait toutes les questions que se posent les patients, qui craignent que leur cotisation complémentaire n'augmente ? Par ailleurs, celui qui ne bénéficie pas d'une assurance complémentaire ne pourra bénéficier du RAC 0. Or 4 % des personnes n'ont pas d'assurance complémentaire.

*L'extension de la CMU apparaît une bonne chose, mais présente aussi un coût. Celui-ci sera supporté par les complémentaires au niveau de la taxe de solidarité additionnelle. Ne risque-t-on pas d'assister à une augmentation des cotisations ?*

*En outre, la couverture maladie est aujourd'hui en grande partie gérée par l'assurance maladie et l'aide complémentaire par les complémentaires. Y aura-t-il fusion, gestion, cogestion ?*

*Enfin, on attend avec impatience de connaître les conditions d'éligibilité s'agissant des assistants médicaux : un médecin qui veut s'installer dans nos campagnes doit aujourd'hui le faire dans le cadre d'une maison de santé, avec le dentiste, etc. Sera-t-il éligible s'il ne pratique pas en cabinet ? Il serait bon que l'on puisse également aider les praticiens qui interviennent en maison de santé – kinésithérapeutes, médecins, dentistes. Est-ce envisagé ?*

**M. Michel Amiel.** – *Monsieur le directeur général, concernant l'article 4, a-t-on chiffré les répercussions que peut avoir pour l'Ondam la disparition du Fonds de financement de l'innovation thérapeutique – qui me paraît être une bonne chose –, dans la mesure où, avec l'arrivée de l'immunothérapie, il y a fort à penser que le coût de l'innovation ait des conséquences importantes sur les dépenses ?*

*En second lieu, comment envisagez-vous l'évolution des relations financières entre l'État et la sécurité sociale ? La question est en effet loin d'être négligeable.*

**M. Alain Milon, président.** – *En effet !*

**M. Michel Amiel.** – *S'agissant de l'article 41 et de la convergence au niveau des EPHAD, qui concerne essentiellement les forfaits soins, n'y aurait-il pas intérêt à unifier le point GIR, qui relève des conseils départementaux et qui est extrêmement variable d'un département à l'autre ?*

*Enfin, pourriez-vous préciser quel pourrait en être le profil des assistants médicaux ? Vous avez évoqué un profil de soignant mais, si l'on veut rendre du temps médical aux médecins, n'y aurait-il pas également intérêt à intégrer des profils administratifs, afin que lesdits médecins croulent moins sous les tâches administratives ?*

**Mme Florence Lassarade.** – *Monsieur le directeur général, l'hygiène bucco-dentaire a un impact sur les pathologies cardiaques, le cancer et l'alimentation des personnes âgées, en particulier lorsqu'elles sont en EPHAD.*

*Néanmoins, de manière un peu démagogique, on a préféré prendre en considération les seules couronnes dentaires, sans considérer l'aspect prévention, qui démarre dès l'enfance. Je pense qu'il aurait mieux valu revaloriser les honoraires des dentistes en la matière plutôt que leur imposer le panier de soins 100 %, sans savoir si ceux-ci ne seront pas plafonnés en matière de prothèses dentaires, comme c'est probable. Or les dentistes vivent grâce à cette marge, et c'est un facteur très important pour le maintien de la qualité des praticiens.*

*Concernant l'autisme, je m'interroge sur le fait que les pédiatres ne sont pas associés à ce problème. Ces médecins sont les premiers à pouvoir orienter les enfants autistes vers des structures adaptées.*

*On parle par ailleurs beaucoup de la prévention liée au tabac. Or ce n'est pas la nicotine qui est nocive, mais la combustion. La méthode du tabac chauffé est très intéressante. En Suède, le fait de placer de la nicotine sous la gencive a permis de ramener le nombre des fumeurs à 5 %. Personne n'en parle. C'est pourtant la base de la prévention !*

*Dernier aspect en matière de prévention, le cancer du col de l'utérus. C'est très bien de faire des frottis à 25 ans, mais c'est encore mieux de vacciner garçons et filles à 11 ans !*

**Mme Sabine Van Heghe.** – *Monsieur le directeur général, la pédagogie étant l'art de la répétition, je voudrais saluer l'accès au RAC 0.*

*Il est cependant à craindre, malgré les dénégations du Gouvernement et vos propos rassurants, qu'une hausse n'intervienne et n'impacte les plus fragiles d'entre nous.*

*Parler d'un RAC 0 après complémentaire est également trompeur, tous les Français ne bénéficiant pas du même accès dans ce domaine. N'aurait-il pas été préférable - et je rejoins les propos de mon collègue Morisset - que l'assurance maladie prenne en charge ces soins à 100 % pour les plus fragiles d'entre nous, notamment ceux qui ne sont pas couverts par une mutuelle ?*

**Mme Corinne Imbert.** – *Monsieur le directeur général, 3,8 milliards d'euros d'économies sont prévus sur le PLFSS 2019, dont une part importante, comme chaque année, portée par le médicament, soit 1,360 milliard d'euros, auxquels on pourrait ajouter les 500 millions d'euros d'économies attendus de la maîtrise médicalisée des produits de santé, notamment en volume, concernant les génériques et les biosimilaires.*

*Vous avez dit que, s'agissant des génériques, nous étions significativement très en dessous de ce qui se fait ailleurs. Je vous trouve un peu sévère. L'objectif est à 90 % de substitution au niveau national : dans mon département, on est à 88,5 %. Peut-être ce taux est-il supérieur au taux national, mais j'ai trouvé que vous aviez la dent dure !*

*Vous avez parlé des professionnels de santé – médecins, pharmaciens –, mais vous avez oublié les patients. On ne peut reprocher aux médecins ou aux pharmaciens d'être à l'écoute de leurs patients !*

*Par ailleurs, quelle est l'échéance du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ? Comment cela va-t-il se passer pour l'assurance maladie ?*

*Gérard Dériot a évoqué votre capacité à établir des statistiques : qu'allez-vous faire du numéro de répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ? Servira-t-il simplement à alimenter le DMP ? Je regrette que les pharmaciens soient pénalisés s'ils ne transmettent pas ledit numéro qui, souvent, ne figure pas sur les ordonnances de l'hôpital !*

**M. Jean-Louis Tourenne.** – *Monsieur le directeur général, ma question porte sur l'article 34 du PLFSS relatif à la prise en charge des enfants victimes de handicaps psychiques. Le diagnostic et le suivi doivent normalement être diligentés par les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ou les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). Or ceux-ci sont en nombre insuffisant pour accueillir la demande.*

*Il faut souvent un an voire deux ans avant d'obtenir un premier rendez-vous. Un certain nombre de parents inquiets de relever chez leurs enfants des retards ou des difficultés de comportement prennent eux-mêmes l'initiative d'aller consulter le pédopsychiatre, l'ergothérapeute ou un certain nombre de spécialistes pour lesquels ils ne seront pas remboursés intégralement. Si la décision est prise par le CMPP, ils ne sont pas dans la même situation. Certains parents modestes sont totalement démunis intellectuellement, administrativement et financièrement pour faire face à ce type de problème. Quelles sont les mesures concrètes qui vont s'appliquer à partir de l'année prochaine ?*

*Par ailleurs, on a évoqué l'équilibre de la sécurité sociale. Le cheminement a été long pour parvenir à ce résultat. La trajectoire a été engagée depuis un certain temps. Il n'en reste pas moins que l'État puise à pleines mains dans les caisses. L'exonération sur les heures supplémentaires sera prise en charge intégralement et non compensée par la sécurité sociale, le forfait social abandonné, quant à l'intéressement il sera aussi à la charge de la sécurité sociale. Pire que tout, le CICE sera remplacé par des allègements de cotisations sociales dont une partie sera payée par la sécurité sociale. Pouvez-vous chiffrer ce transfert de charges de l'État vers la sécurité sociale ? Cela ne risque-t-il pas de mettre en péril l'équilibre retrouvé et, surtout, le remboursement de la dette sociale ?*

*S'agissant des assistants médicaux, je rejoins M. Morisset et je souhaite que les critères retenus permettent de placer ceux-ci de façon prioritaire dans le secteur rural car c'est, me semble-t-il, un outil d'aménagement du territoire.*

*Enfin, le développement de l'ambulatoire suppose que le patient puisse être accompagné à domicile. Avez-vous prévu d'augmenter les moyens dans ce domaine ? Je pense à l'assistance respiratoire, aux dialyses, etc. Je ne suis pas certain que le projet de budget le prévoie. Ce n'est pas ce que j'ai lu en tout cas.*

**M. Bernard Jomier.** – *Monsieur le directeur général, l'Académie de médecine, dans un avis rendu la semaine dernière sur le PLFSS, parle d'un faux-semblant et d'une opération de vases communicants budgétaires, notamment concernant le déficit des hôpitaux, déjà très élevé en 2017 – autour de 900 millions d'euros en cumulé. La tendance actuelle pour 2018 indique que le déficit dépassera certainement le milliard d'euros, voire 1,5 milliard d'euros. On verra les mesures qui pourraient être adoptées d'ici la fin de l'année par le Gouvernement en la matière.*

*Par ailleurs, s'agissant de la dette sociale, l'Académie de médecine qualifie de majeur le risque de reconstitution d'une dette sociale. L'Académie de médecine est-elle rétive à la communication gouvernementale – qui n'est pas la première, je vous en donne acte – en matière de retour à l'équilibre de l'assurance maladie ?*

*Ma deuxième question porte sur la mise en œuvre du plan Santé présenté par le chef de l'État, qui a notamment décliné l'accentuation du virage ambulatoire, idée à laquelle je souscris tout à fait. On sent cependant un décalage entre les effets à en attendre sur la situation économique du système de soins et la situation des hôpitaux.*

*Il faudra en effet probablement plusieurs années pour que ces bénéfiques soulagent la situation des hôpitaux sur le plan financier. Or pendant quelques années, il n'y aura pas de desserrement réel de l'Ondam. Je rappelle que l'inflation attendue se situe entre 1,4 % et 1,5 %, et l'Ondam à 2,5 %.*

*On ne voit guère non plus apparaître le financement des processus de coordination dans le PLFSS. C'est notoirement insuffisant aux dires de tous les acteurs concernés. Comment voyez-vous la gestion de ce décalage dans le temps ?*

*Enfin, on voit bien qu'en matière de partage des tâches et d'organisation du système de soins, le pharmacien pourrait mieux faire qu'aujourd'hui...*

**Mme Élisabeth Doineau, rapporteure.** – *Davantage, pas mieux !*

**M. Bernard Jomier.** – *Tout le monde doit mieux faire : si on n'a pas cet objectif commun, cela risque d'être problématique !*

*Le rôle du pharmacien est redessiné : il devient un acteur essentiel de santé publique, mais on aurait pu imaginer une place plus centrale pour l'infirmière et l'infirmier en tant qu'acteur de proximité, aux côtés du pharmacien et du généraliste. Pourriez-vous nous dire quelle est votre philosophie en la matière ?*

**M. Martin Lévrier.** – *Monsieur le directeur général, l'article 39 prévoit la mise en place et la généralisation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens. Un bilan sur les expérimentations a-t-il été tiré en région ? Est-il plus rentable de déléguer cet acte médical ? S'il s'avère que c'est moins cher et plus efficace, peut-on envisager d'encourager ce transfert vers d'autres actes médicaux ?*

*Par ailleurs, l'article 44 prévoit la revalorisation de certaines prestations sociales - minimum vieillesse, allocation adulte handicapé. Ne peut-on craindre à la suite une révision à la hausse des tarifs des EPHAD et des services d'hébergement pour adultes handicapés ? Si tel est le cas, comment peut-on pallier ces augmentations ?*

*Enfin, comment les données du DMP sont-elles protégées ? Entrent-elles dans les bases de données sanitaires internationales ? Sont-elles vendables, commercialisables et de quelles protections bénéficient-elles ?*

**Mme Nadine Grelet-Certenais.** – *Monsieur le directeur général, comment situez-vous les nouveaux services d'aide à domicile dans le modèle de médecine que vous déclinez ? On connaît aujourd'hui les manques criants de moyens de financement, alors qu'il s'agit d'acteurs incontournables de la prévention.*

**M. Jean Sol.** – *Monsieur le directeur général, pensez-vous objectivement que le budget alloué à la prévention réponde effectivement aux enjeux qui sont les nôtres, de l'enfant jusqu'à la personne âgée ?*

*Par ailleurs, ne pensez-vous pas qu'un Ondam à 2,5 % amplifie encore l'asphyxie de nos hôpitaux, dont le déficit déjà important ne cesse de croître ?*

*Pensez-vous vraiment que la mise en place d'auxiliaires médicaux améliore l'organisation, la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients et contribue à la réduction effective ou, tout au moins, à la maîtrise des dépenses ?*

*Enfin, quid des soins d'accompagnement de fin de vie et des soins palliatifs, dont je n'ai pas entendu parler ?*

**M. Daniel Chasseing.** – *Monsieur le directeur général, s'agissant des CPTS, il faut essayer d'être pragmatique : dans certains secteurs, on aura des difficultés à atteindre 20 000 habitants.*

*Quant aux assistants médicaux, il faut, comme le dit M. Morisset, être à l'écoute des territoires ruraux.*

**M. Alain Milon, président.** – *Quel succès, monsieur Morisset !*

**M. Daniel Chasseing.** – *Par ailleurs, vous n'avez pas évoqué les carences très importantes que connaît la pédopsychiatrie. C'est pourtant une priorité. Certains enfants sont maintenant pris en charge à partir de trois ans en cas de suspicion, mais on a des difficultés à trouver des professionnels.*

*En ce qui concerne les EPHAD, l'augmentation permettra-t-elle de recruter davantage de personnels infirmiers et aides-soignants, qui sont absolument indispensables ?*

*Je rejoins enfin ma collègue concernant le tabac : on aurait pu, comme dans quelques pays, tenter certaines actions, puisque ce n'est pas la nicotine qui est nocive, mais la combustion.*

**M. Guillaume Arnell.** – *Monsieur le directeur général, je voudrais faire entendre ici la voix des outre-mer. Je rappelle que les outre-mer doivent également participer à l'effort de redressement de l'assurance maladie, tout en tenant compte d'un certain nombre de situations particulières, à la fois conjoncturelles et structurelles.*

*À ce titre, je veux souligner la très grande augmentation des maladies cardiovasculaires liées à l'hypertension artérielle (HTA) et au diabète, ainsi que la faiblesse de l'offre de dialyse péritonéale à domicile.*

*Je voudrais également souligner l'utilisation des transports sanitaires pour tout ce qui relève de la chimiothérapie, de la radiothérapie ou de la dialyse, mais également le problème des évacuations sanitaires (EVASAN) par voie aérienne, lié à la faiblesse de l'offre de mobilité en matière de transport aérien.*

*Les caisses d'assurance maladie de la Guadeloupe, de la Martinique et de la Guyane ont récemment fait l'objet d'un rapport de la Cour des comptes critiquant fortement leur gestion : il me semble qu'il est utile de rappeler que ces caisses, à la différence des caisses nationales, accomplissent d'autres missions. Probablement existe-t-il des problèmes d'interconnectivité dans ce domaine.*

*Ma question est simple : comment comptez-vous accompagner ces caisses dans la maîtrise de leurs dépenses et dans leur transformation, sans altérer la qualité de l'offre de soins et son accessibilité ?*

**Mme Martine Berthet.** – *Monsieur le directeur général, le PLFSS 2019 prévoit une réévaluation et un déremboursement progressif des médicaments homéopathiques. Je pense pour ma part qu'il serait dommage de dérembourser cette thérapeutique à faible coût pour l'assurance maladie. Quelle est votre position à ce sujet ?*

**M. Bernard Bonne, rapporteur pour le secteur médico-social.** – *Concernant l'homéopathie, quel est le coût réel remboursé par la sécurité sociale et par les mutuelles ? S'il devait demain ne plus y avoir de remboursement, quelles seraient les répercussions sur l'Ondam ?*

*Par ailleurs, il a été proposé que le médecin coordonnateur des EPHAD puisse établir des prescriptions pour éviter la double intervention du médecin traitant et du médecin coordonnateur. Qu'en est-il aujourd'hui ? Cela me paraît constituer une source d'économies assez appréciable.*

*Je suis très étonné, concernant la prise en charge et le dépistage des enfants atteints de troupes neurologiques, notamment autistiques, qu'on n'ait pas placé les pédiatres en première ligne. On dit que la population serait atteinte d'autisme à hauteur de 15 % : il est dommage qu'on ne profite pas des examens systématiques chez le pédiatre pour le déceler.*

*Enfin, qui sont les assistants médicaux ? Quelle formation reçoivent-ils ? Dans combien de temps les obtiendrons-nous ? Pourquoi les médecins isolés ne pourraient-ils en bénéficier ? Tous ont besoin d'une aide particulière, mais quelle sera-t-elle ? Les assistants médicaux seront-ils des sous-médecins ? Sur quels critères pourra-t-on les embaucher ?*

**M. Alain Milon, président.** – *Monsieur le directeur général, vous avez la parole.*

**M. Nicolas Revel.** – *Je ne pourrai répondre à la totalité des questions qui m'ont été posées. Or toutes appellent évidemment une réponse. Je m'engage donc, concernant les points que je n'évoquerai pas ici, à vous communiquer des éléments complémentaires par écrit.*

*S'agissant du RAC 0, il n'y aura pas de « perte de chance » pour les bénéficiaires de la CMU, contributive ou non. Nous sommes, par exemple, en train de discuter avec les syndicats les chirurgiens-dentistes pour voir si nous pouvons trouver un accord conventionnel, ce qui serait souhaitable. À défaut, il sera procédé par voie réglementaire afin que le panier CMU – contributive ou non, car ce sera le même – intègre bien la totalité des actes prothétiques éligibles au RAC 0. C'était déjà le cas avant, mais nous avons affiné la nomenclature des actes prothétiques, et nous devons le transposer dans le panier CMU-C. Il n'y aura donc pas, de ce point de vue, de difficultés.*

*Il est incontestable qu'il existe un moindre remboursement des montures dans le cadre de l'évolution des contrats responsables. Le choix a été fait d'investir davantage sur les verres que sur les montures, qui renvoient à des considérations esthétiques tout à fait estimables par ailleurs, mais sur lesquelles il est peut-être moins légitime que porte l'effort financier.*

*Quant à la négociation dentaire, je souhaiterais lever un point majeur de malentendu : ceux qui vous ont dit que l'accord sur le reste à charge consisterait à investir massivement sur les prothèses – ce qui constitue une forme d'échec thérapeutique – ont tort. Cette réforme est au contraire bien plus globale que le RAC 0. Elle consiste précisément à sortir la profession de chirurgien-dentiste du cercle vicieux dans lequel elle s'est engagée il y a une trentaine d'années. À la faveur de la liberté tarifaire sur les actes prothétiques qui avait été accordée, la sécurité sociale a cessé de revaloriser les soins conservateurs, de telle sorte que le reste à charge s'est creusé sur les actes prothétiques. Les chirurgiens-dentistes ont ainsi été amenés à orienter leur activité vers les actes prothétiques, dont ils dépendent financièrement pour équilibrer leur exercice.*

*Cette réforme vise à la fois à concilier le financement du RAC 0, qui passe évidemment par des plafonds de prix sur un certain nombre d'actes, que ceux-ci soient compris dans le RAC 0 ou même dans un autre panier qui ne comportera pas de prise en charge intégrale mais des plafonds de prix, en contrepartie d'un investissement historique sur la revalorisation des soins conservateurs et la prévention. On est à 800 millions d'euros en matière de revalorisation des soins, madame !*

*On revalorise ainsi les soins de conservation de 50 %. Le cœur de la réforme consiste à investir dans la revalorisation des soins. C'est un effort extrêmement significatif. C'est uniquement à cette condition que nous pouvons obtenir en contrepartie des plafonds de prix sur des tarifs prothétiques. Il faut faire en sorte que, demain, cet acte soit mieux valorisé pour les chirurgiens-dentistes. En matière d'accès aux soins, on ne peut parvenir à mieux couvrir les remboursements que si l'on rétablit des plafonds de prix. Ceci ne va pas à l'encontre de la qualité des soins. Si tel n'était pas le cas, il faudrait considérer que tous les séjours hospitaliers ou les prises en charge médicales ne sont pas de qualité sous prétexte qu'elles sont à tarif opposable. Cette réforme fonctionne sur deux jambes.*

*Pouvions-nous nous substituer aux complémentaires dans la prise en charge d'actes et d'équipements ? Le Gouvernement n'a pas fait le choix de supprimer la couverture complémentaire dans le financement des soins en France. Décider que l'assurance maladie obligatoire finance désormais les couronnes dentaires, les équipements audioprothétiques et l'optique représentait la fin de la couverture complémentaire. Cela aurait constitué un changement de paradigme fondamental, qui aurait relevé d'un débat politique. Il y aurait des incidences financières et économiques non négligeables : les remboursements d'actes et de soins par les complémentaires doivent tourner autour d'une trentaine de milliards d'euros. Ceci aurait par ailleurs nécessité de fixer des tarifs opposables sur l'ensemble de ce champ, ce qui n'était pas simple.*

*Vous avez raison : le RAC 0 existera au travers des contrats responsables. Il concerne 99 % des Français, sachant que 4 % d'entre eux n'ont pas de complémentaire. Pour certains, c'est un choix. À certains âges de la vie, on peut considérer qu'on peut se passer d'une complémentaire. À d'autres, c'est un renoncement subi pour des raisons financières auquel le PLFSS apporte un élément de réponse, la réforme de la CMU-C prenant en compte les ménages qui perçoivent un petit peu moins de 1 000 euros par mois.*

*S'agissant des assistants médicaux, c'est à la négociation de définir leurs profils et leurs missions. On ne cherche pas à reconstituer des secrétariats. Un assistant médical, ce n'est pas une secrétaire qui enregistre des rendez-vous. Ce n'est pas ainsi qu'on va regagner du temps médical. On cherche un contenu de fonctions plus riche, qui permette de préparer la consultation – prises de constantes médicales par un personnel compétent, renseignement du dossier médical en sortie de consultation pour la partie ne relevant pas strictement du médecin, tâches administratives lourdes et complexes complémentaires à la consultation. Tout ceci forme un ensemble qu'il va falloir faire correspondre à des compétences.*

---

*Cela ouvre un champ des possibles qui ne se résume pas à un profil infirmier, d'aide-soignant ou à un profil administratif. Il va falloir l'étudier. Un profil soignant a du sens si l'on veut aller vers une fonction qui crée un gain en termes de temps médical. Si l'on réalise cet investissement, c'est à cette fin et en termes de nombre de patients suivis. Il appartiendra aux partenaires d'en définir les règles.*

*Vous avez évoqué le principe de l'exercice regroupé : je suis d'accord avec cette idée. Il peut y avoir des territoires sous-densifiés où exerce un médecin isolé qui possède une forte patientèle, et où l'autre médecin qui s'en va n'est pas remplacé. On ne peut dire au généraliste qui demeure qu'il n'aura pas d'assistant médical parce qu'il n'est pas regroupé avec d'autres praticiens - et souvent dans l'incapacité de l'être. Cela mérite qu'on réfléchisse à une exception. Toute règle doit évidemment en avoir une, mais la règle demeurera car il est important que l'assistant médical, en dehors de ces zones particulières, soit aussi un signal qui pousse au regroupement afin de constituer une forme d'exercice plus efficace que les autres, notamment pour partager des ressources communes aux cabinets.*

*S'agissant des infirmières et infirmiers libéraux, la question que vous avez posée mérite qu'on s'y attarde. Il existe deux façons de permettre aux infirmières et aux infirmiers de jouer le rôle qui est le leur, et qui pourrait être plus important encore demain. Il y a en effet ce qui relève de la délégation de tâches, avec une montée en compétences potentielle, au travers notamment des pratiques avancées. Un médecin peut ainsi s'appuyer sur les compétences d'une infirmière pour suivre des patients chroniques dans de très bonnes conditions, ce qui lui permet de recevoir plus de patients.*

*On peut imaginer des délégations de tâches dans des formes d'exercice coordonné qui donnent lieu à une forme de protocole simple entre professionnels et permet de déterminer qui fait quoi. C'est vers cela qu'on doit aller.*

*Ceci ne relève pas de la délégation de compétences, mais d'une pleine reconnaissance d'un certain nombre d'actes techniques que les infirmières et infirmiers pourraient aujourd'hui réaliser si le décret de compétences était modifié et la nomenclature de leurs actes élargie. Nous réfléchissons avec le ministère à un certain nombre d'actes techniques. Il faut fonctionner sur les deux plans.*

*L'article 51 engendrera forcément des déceptions, tout comme il existe forcément des diversités de pratiques locales. Pour l'instant, nous sommes encore dans une phase de projets. Tous ne seront pas retenus, c'est la règle du jeu. Les administrations devront veiller à ne pas en instiller d'inutiles complexités. J'entends tout cela. Il faut que l'on sache être au rendez-vous de cette promesse.*

*L'article 51 n'a jamais été pensé comme un guichet ouvert. On sera amené, pour accepter qu'un projet déroge, à vérifier que son contenu ait un minimum de crédibilité, médicale et économique. Nous l'évaluerons ensuite. La France évalue parfois insuffisamment les projets que nous accompagnons de manière expérimentale. Nous serons attentifs à ne pas céder au risque de complexité administrative, tout en résistant à la démagogie qui voudrait que tout projet qui arrive soit forcément formidable et doive nécessairement être retenu.*

*Quant à la disparition du fonds de financement de l'innovation thérapeutique, l'impact sur l'Ondam sera modéré. Comme vous le savez, il était très largement financé par une dotation de l'Ondam. Il avait pour vertu de permettre de lisser des à-coups annuels. Ce ne sera plus le cas, la Cour des comptes ayant indiqué qu'elle considérait que la création de ce fonds n'était pas une bonne idée. Ceci nous amènera parfois à devoir subir, sur une année donnée, un impact budgétaire fort, lié à une innovation thérapeutique coûteuse qui arrive en une fois, et qui pourra, en effet, avoir potentiellement des effets d'éviction sur d'autres postes de dépenses au sein de l'Ondam. C'est ce que le fonds cherchait à éviter. Ce sera, pour le coup, le seul véritable impact, qui variera en fonction des années. Parfois, ce sera difficile, parfois moins.*

*Je ne crois pas qu'il y aura d'augmentation de la taxe additionnelle liée à l'impact de la CMU-C. En revanche, la taxe a plusieurs usages, dont le financement du fonds CMU. C'est la part relative, qui ira au fonds CMU et au reste, qui sera amenée à évoluer.*

*Relations financières entre l'État et la sécurité sociale, déficit hospitalier, Ondam et inflation... Oui, il existe un creusement du déficit hospitalier qui, d'ailleurs n'est pas le cas de tous les établissements. Il est très concentré. On ne peut dire que la réduction du déficit aggrave le déficit de tous les établissements hospitaliers. Il faut aussi étudier les choses dans leur complexité. Je pense que cela n'enlève rien au fait qu'il existe une réelle amélioration de la situation financière. On va réellement vers l'équilibre.*

*Oui, il y a forcément un impact de l'inflation sur la dépense de santé, mais l'élasticité n'est pas aussi considérable que vous le dites. Parmi les dépenses de santé, beaucoup de postes ne sont pas liés à l'inflation. Je ne suis pas d'accord avec le raisonnement consistant à calculer un Ondam net d'inflation. L'Ondam n'a en effet pas d'impact sur beaucoup de dépenses de santé prises en charge dans ce cadre.*

*Les relations financières entre l'État et la sécurité sociale constituent un vieux sujet. Le modèle de financement de la sécurité sociale a été historiquement construit sur les revenus du travail, avec un impact sur la compétitivité et l'emploi que toutes les majorités politiques de ce pays ont considéré comme excessif. L'allègement du coût du travail a été constant de quinquennat en quinquennat, de législature en législature, et considéré comme un élément capable de redonner de la compétitivité, d'assurer l'équilibre financier du budget de l'État et du budget de la sécurité sociale. Ces allègements de cotisations ont été intégralement pris en charge par l'État.*

*Aujourd'hui, nous sommes dans une période de retour à l'équilibre, liée à une amélioration de nos ressources autant qu'à une bonne maîtrise de nos dépenses. C'est en bonne partie le fruit de cette politique d'allègement des cotisations sociales. L'État, à travers ce PLFSS, propose au Parlement de considérer qu'il existe une légitimité à ce qu'il existe un retour vers le budget de l'État, dont le déficit reste, comme vous le savez, autour de 70 milliards d'euros, là où celui de la sécurité sociale tend vers zéro.*

*Cela me paraît procéder d'un raisonnement qu'on peut entendre. Ceci ne veut pas dire que l'État se sert dans les excédents de la sécurité sociale. L'État, par le financement d'exonérations, a permis son retour à l'équilibre...*

*S'agissant du médicament générique, vous avez raison de dire que le taux de substitution est élevé. Je parlais de la part en volume du générique dans la consommation de médicaments en France, qui est notoirement plus faible qu'ailleurs. On est aujourd'hui un peu au-dessus de 40 %, alors que les pays autour de nous sont entre 70 % et 80 %. Cela tient pour une large part à certaines prescriptions au répertoire et non uniquement à la substitution dans la dernière ligne droite de la dispensation sur laquelle porte le dispositif que nous avons aujourd'hui, qui cherche à responsabiliser le patient.*

*Cela se traduira-t-il par une « TFRisation » des médicaments ? C'est la crainte des pharmaciens. Je ne crois pas que ce soit une hypothèse incontournable. Il faudra en tout cas y veiller. Si tel était le cas, le modèle de rémunération des officines serait dangereusement atteint, pour des raisons que vous connaissez bien, liées à la part de la marque générique dans le modèle de rémunération des officines.*

*Quant au RPPS, qui est l'identifiant du médecin prescripteur, il est très bien connu en ville, mais moins dans le secteur hospitalier – même s'il l'est de mieux en mieux. Le dispositif de rémunération des pharmaciens renseigne le RPPS sur la prescription. Cette règle, qui crée une obligation, n'est pas contradictoire avec la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), créée il y a deux ans, qui porte sur 6 millions d'euros ou 7 millions d'euros par an.*

*S'agissant de la vaccination antigrippale par les pharmaciens, un premier bilan a été tiré l'année dernière dans les deux « régions test ». Nous passons à quatre régions, avant de généraliser entièrement le dispositif. Lorsqu'on est assez en retard, il me semble assez logique de permettre et de faciliter la vaccination antigrippale par tous canaux – infirmières et infirmiers, médecins, pharmaciens.*

*Concernant le DMP, les données sont protégées et sanctuarisées quant à leur usage. L'assurance maladie n'y accède pas : il ne manquerait plus que des entreprises puissent y accéder et que quelqu'un puisse les vendre ! Nous allons devoir être clairs dans la communication afin de rassurer les Français.*

*Pour ce qui est de l'outre-mer et des CGSS, il est vrai que, comme tout rapport de la Cour des comptes, celui-ci est par définition critique. Quand on le lit bien, il ne l'est toutefois pas tant que cela sur la partie maladie, qui est globalement bien gérée par les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) de Réunion, Guyane, Guadeloupe et Martinique. Celles-ci exercent dans le champ de l'assurance maladie, dans un contexte où, par ailleurs, la précarité des populations couvertes est un vrai sujet et une singularité. Je suis très attentivement la situation dans ces quatre organismes avec les équipes de direction. Nous les accompagnons de manière très rapprochée pour les aider à faire face à ce qui est objectivement une mission lourde et difficile.*

*Le rapport de la Cour des comptes ne porte pas de critiques si dures que cela sur la qualité de service dans ces quatre CGSS, même si, sur les taux de décrochés téléphoniques ou les délais de règlement des intérêts journaliers, nous sommes encore en phase de progression. Nous y arrivons en les épaulant, car il existe des systèmes de solidarité qui font que lorsqu'une caisse est en difficulté, elle peut s'appuyer sur une autre en termes d'appels téléphoniques, de traitement de CMU-C ou d'indemnités journalières. Nous essayons de convaincre ces caisses que le fait de partager un peu de la production n'est pas en soi une dépossession de leurs prérogatives.*

*Pour ce qui est de l'homéopathie, je n'ai par définition aucune position personnelle sur ce sujet. Je vous renvoie à une position de bon sens, qui est de considérer que tout produit de santé pris en charge par l'assurance maladie doit l'être sur la base d'une évaluation scientifique. C'est aujourd'hui la seule spécialité pharmaceutique, qui n'ait pas donné lieu à une appréciation par la HAS, à qui il est donc demandé une évaluation scientifique. Celle-ci est en cours.*

*Quant au coût, il doit s'élever à environ 200 millions d'euros. La question n'est pas de savoir ce qu'on en pense, mais s'il est acceptable qu'il existe une exception au principe d'évaluation scientifique des actes et des médicaments pris en charge par la solidarité.*

*Enfin, concernant le dépistage des enfants souffrant d'un trouble autistique, il ne vous a pas échappé que l'avenant 6 portant principalement sur la télémédecine prévoit la création d'une consultation complexe ouverte aux pédiatres – mais pas seulement.*

*Pour le reste, je vous répondrai par écrit.*

**M. Alain Milon, président.** – *Merci beaucoup, monsieur le directeur, pour toutes ces réponses particulièrement complètes, dont certaines ont démontré une habileté diplomatique que j'admire.*

**Mme Marine Jeantet,**  
directrice des risques professionnels  
de la Caisse nationale d'assurance maladie

*Réunie le 31 octobre 2018, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de Mme Marine Jeantet, directrice des risques professionnels de la Caisse nationale d'assurance maladie.*

*M. Alain Milon, président.* – Mes chers collègues, nous recevons Mme Marine Jeantet, directrice des risques professionnels à la caisse nationale d'assurance maladie, que je prie de bien vouloir nous excuser pour le retard, pour évoquer la situation de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), aux spécificités de laquelle nous sommes particulièrement attachés. Mme Jeantet est accompagnée de M. Hervé Laubertie, responsable du département prévention des risques professionnels de la Cnam.

Je vous indique que, comme la précédente, cette audition fait l'objet d'une captation vidéo retransmise en direct sur le site du Sénat.

La branche AT-MP consolide ses excédents en 2019 avec un résultat prévisionnel de 1,1 milliard d'euros. Grace à l'esprit de responsabilité des partenaires sociaux, qui ont fait le choix de réagir très vite face à la dégradation des comptes de la branche pendant la crise en augmentant les cotisations, la situation financière de la branche est saine et elle a totalement apuré sa dette.

C'est ce qui a permis, deux années consécutives, de diminuer le taux des cotisations, au profit notamment de l'augmentation du taux en maladie.

Devant cette situation, la politique conduite par le Gouvernement nous paraît peu lisible. D'une part, les rentes AT-MP sont incluses, pour environ 50 millions d'euros dans le champ de l'article 44 qui prévoit la sous-revalorisation des prestations sociales et d'autre part, alors même que le Gouvernement ramène à zéro à partir de 2020 le solde de branches, comme la branche maladie, qui présentent une dette cumulée, il maintient un excédent de la branche AT-MP dont on comprend qu'il est censé compenser, en trésorerie, la dette de la sécurité sociale non transférée à la Cades.

Cette gouvernance ne nous semble pas conforme aux principes assurantiels qui régissent la branche AT-MP.

Je vous laisse la parole, Madame la directrice, pour un propos introductif, avant d'engager le débat avec les membres de la commission.

**Mme Marine Jeantet, directrice des risques professionnels à la caisse nationale d'assurance maladie.** – Je vous remercie pour votre invitation et pour cette présentation. La branche AT-MP est une branche centenaire qui a fait ses preuves, d'une part en parvenant à avoir une influence sur la sinistralité de manière continue et d'autre part à travers une gestion maîtrisée et efficiente.

*Une nouvelle convention d'objectifs et de gestion vient d'être conclue au terme d'une longue période de négociations. C'est un texte ambitieux qui s'articule autour de plusieurs axes. Nous devons ainsi poursuivre nos efforts en matière de prévention et continuer à améliorer l'équité, notamment entre territoires, en matière de réparation. En lien avec la branche maladie et Pôle emploi, nous chercherons à avoir une implication forte en faveur du maintien dans l'emploi. Enfin, nous continuerons à développer notre offre de services en faveur des entreprises.*

*La branche AT-MP est donc un modèle qui a fait ses preuves, mais qui risque d'être remis en cause dans le cadre de la prochaine réforme de la santé au travail. Cette réforme est indispensable mais pose la question de la place qu'aura l'assureur, gestionnaire de risques, et de quels outils il disposera pour remplir ses missions.*

**M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche AT-MP.** – *La branche AT-MP connaît un excédent depuis plusieurs années et a su apurer seule sa dette sans que celle-ci soit reprise par la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).*

*Dans ce contexte, ne faudrait-il pas mobiliser une partie de ces excédents pour renforcer les dépenses en matière de prévention, qui ne dépassent pas 3 % des dépenses de la branche ?*

*Pourriez-vous revenir sur les efforts déployés par la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et la branche AT-MP pour remédier à la sous-déclaration persistante en matière de maladies professionnelles ? Envisagez-vous de mobiliser davantage les médecins conseils de la sécurité sociale pour mieux identifier les affections de longue durée (ALD) qui sont d'origine professionnelle ?*

*S'agissant de la création et de la révision des tableaux de maladies professionnelles, pensez-vous que la reconnaissance d'une maladie professionnelle devrait reposer davantage sur une évaluation scientifique et moins sur la négociation entre partenaires sociaux ?*

*Quant à la reconnaissance des maladies professionnelles résultant de risques psycho-sociaux, pensez-vous que la voix dérogatoire de comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles soit satisfaisante (CRRMP) ? Le taux d'incapacité de 25 % n'est-il pas discriminant ?*

*Enfin, le rapport de la députée Charlotte Lecoq préconise la mise en place d'un guichet unique de la prévention qui regrouperait notamment les services de santé au travail et les préventeurs des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) ? Or, en tant qu'assureurs, les services de la Carsat savent identifier les entreprises à risque. La réforme envisagée ne risque-t-elle pas d'entraîner la perte de cette approche complémentaire entre assurance et prévention ?*

**Mme Marine Jeantet.** – *La question d'un rééquilibrage entre réparation et prévention est complexe. Même si nous ne sommes pas dans un régime de réparation intégrale, il est délicat de réduire les forfaits d'indemnisation. En outre, une part importante de nos dépenses correspond à des rentes viagères sur lesquelles nous n'avons que peu de marge de manœuvre. Augmenter les dépenses de prévention pourrait donc nécessiter d'augmenter les cotisations.*

---

*À l'inverse, il n'est pas facile de dépenser plus en matière de prévention. Nos actions s'inscrivent dans une logique de co-financement avec les entreprises, il faut donc trouver des partenaires qui s'engagent.*

*Le système de ristournes de cotisations au titre des dépenses de prévention exposées par les entreprises, pratiqué par exemple en Italie, peut être une manière de développer la prévention sans augmenter directement les dépenses. Nous travaillons sur cette question et j'espère pouvoir vous présenter l'aboutissement de ces travaux l'année prochaine.*

*Sur le sujet de la sous-déclaration, nous nous sommes engagés dans la sensibilisation des médecins traitants mais nous avons parfois l'impression d'arroser le désert, car ces médecins ne traitent pas si souvent des patients atteints de maladies professionnelles. Nous souhaitons donc plutôt comme vous l'évoquiez intervenir auprès des médecins conseils, en particulier en ce qui concerne les dermatoses et les lymphomes. Une campagne est en cours de préparation et sera lancée à la rentrée 2019.*

*Il convient aussi d'accompagner les demandeurs, qui sont environ 100 000 par an et dont le parcours est très complexe.*

*Sur la constitution des tableaux, je suis en faveur d'une évaluation scientifique rigoureuse, à l'image du rôle que joue la Haute Autorité de santé (HAS) en matière de remboursement des soins par l'assurance maladie.*

*C'est sur la base d'une telle évaluation technique que les partenaires sociaux doivent être amenés à fixer un niveau de prise en charge. Il me semble qu'il est temps de faire évoluer nos tableaux, qui ne correspondent aujourd'hui pas toujours aux recommandations des autorités scientifiques. Ce processus va commencer au sujet des maladies causées par les pesticides.*

*Sur les risques psycho-sociaux, nous constatons une progression continue des demandes, qui atteindraient environ 3 000 en 2017. Il faut savoir qu'environ la moitié de ces demandes sont transmises aux CRRMP, contre seulement 8 % pour les autres pathologies. Le taux de 25 % d'incapacité n'est donc pas vraiment bloquant. Le problème résidait davantage dans le fait que l'on attendait une stabilisation de l'incapacité, ce qui n'arrive jamais réellement pour des maladies psychiques. Depuis 2010, une dérogation existe et un taux prévisible est retenu. Depuis cette date, le nombre de demandes augmente de manière continue, elles sont très souvent transmises aux CRRMP et le taux de reconnaissance est de 50 % contre 20 % pour les autres pathologies.*

*Une partie importante des maladies psychiques est en outre traitée au titre des accidents du travail.*

*Sur les préconisations du rapport Lecoq, nous partageons le constat de la nécessité d'une réforme et de la clarification du rôle des différents acteurs. Toutefois, ce rapport n'aborde pas la question de la performance des services de santé au travail, qui a été pointée à plusieurs reprises par des rapports de l'inspection générale des affaires sociales (Igas). Ces services représentent 17 000 personnes, contre 1 500 dans les Carsat.*

*Nous ne sommes pas convaincus par le modèle d'un acteur unique par région, notamment parce qu'il ne serait pas facile de passer de 250 services de santé au travail à 13 opérateurs régionaux qui manqueraient d'agilité. En outre, le regroupement n'est pas à lui seul le gage d'une meilleure efficacité.*

*En tant qu'assureurs, nous intervenons auprès des entreprises en ciblant les 3 % des entreprises qui correspondent à 30 % de la sinistralité. Nous nous positionnons dans une logique d'échanges dans un premier temps. L'injonction ne représente que le dernier recours, il ne faudrait pas nous réduire à cela.*

**Mme Catherine Deroche.** – *Quelle est la part des accidents de trajet dans les accidents de travail ? Existe-t-il une réflexion sur le bien-fondé de leur prise en charge par la branche AT-MP ?*

**Mme Corinne Féret.** – *Je souhaite insister sur l'importance du rôle des partenaires sociaux dans la définition des tableaux de maladies professionnelles. Ils représentent en effet ceux qui travaillent dans les entreprises et ont donc une connaissance précieuse des réalités.*

*S'agissant de l'instauration d'un guichet unique régional comme le propose Mme Lecoq, je souhaite rappeler l'importance de la proximité.*

*La Cour des comptes a formulé un certain nombre de recommandations en matière de tarification. Quel regard portez-vous sur ces recommandations ?*

**Mme Cathy Apourceau-Poly.** – *Comment simplifier le parcours de ceux qui cherchent à obtenir la reconnaissance d'une maladie professionnelle, notamment dans les petites entreprises ?*

*Les sommes annoncées en faveur de la prévention vous semblent-elles suffisantes ?*

*Enfin, les médecins qui reconnaissent des maladies professionnelles sont parfois poursuivis par les employeurs. Avez-vous réfléchi à ce problème ?*

**Mme Marine Jeantet.** – *Concernant les accidents de trajets, les chiffres restent assez stables. Ce risque est largement dépendant de la politique de prévention routière et des aléas climatiques. Il s'agit d'un risque mutualisé dans le périmètre de notre branche plus pour des raisons historiques que parce que nous le gérons en tant que tel. Dans tous les autres pays européens, il est couvert par les assurances sociales. La question de son maintien dans la branche AT-MP peut donc se poser.*

*Pour les inscriptions aux tableaux des maladies professionnelles, le programme de travail de la commission spécialisée n° 4 relative aux pathologies professionnelles du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) est discuté entre l'État et les partenaires sociaux. L'expertise scientifique n'intervient pas dans la définition du périmètre de la reconnaissance des maladies professionnelles. Elle permet de recenser les symptômes, d'identifier les expositions à risques. Une partie d'évaluation médico-économique intervient également, car les critères retenus détermineront la population ciblée, qui pourra être plus ou moins large. Le dialogue ne se fait donc pas chiffres contre chiffres. Des données objectives viennent rationaliser le débat avant qu'un choix politique s'opère dans le cadre d'un dialogue avec les partenaires sociaux.*

---

*Sur la proposition d'opérateur régional unique du rapport de Mme Charlotte Lecocq, un travail technique conséquent de recensement de l'immobilier des services de santé au travail et d'harmonisation de la gestion des ressources humaines s'impose, les agences régionales de santé fonctionnant encore avec neuf conventions collectives. On pourra toujours envisager la présence d'antennes locales qui dépendront de l'entité régionale.*

*Le plus important sera la capacité à mobiliser l'ensemble des acteurs, car des structures de 1 500 à 2 000 personnes pâtissent mécaniquement d'une certaine forme d'inertie. Il s'agit là d'un enjeu majeur de conduite du changement. Un autre sujet concerne aussi les spécialités par secteur, qu'il faudra peut-être conserver, notamment pour le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) qui dispose de son propre organisme professionnel de prévention (OPPBTB).*

*Mme Féret évoquait le sujet de la tarification abordé par le rapport de la Cour des comptes. Il faut rappeler que cette tarification est le fruit de l'histoire. La volonté de ce modèle a toujours été de se rapprocher au plus près du risque. Si cette volonté est louable, elle se traduit par une grande complexité de gestion. Nos systèmes d'information sont d'ailleurs assez vieillissants qui vont bientôt faire l'objet d'une révision. Cette complexité engendre de fait une iniquité d'application sur le territoire. Un mouvement de simplification a déjà été engagé puisque nous sommes passés de 600 à 200 codes risques, quand les Allemands sont à 100. Nous partageons donc la plupart des constats formulés par la Cour des comptes, notamment sur la tarification à la section d'établissement, qui résulte de cette volonté de tarifier au plus près du risque en ciblant un groupe de salariés impliqués dans le même type d'activité et qui est d'une complexité folle ! Il faut examiner ce qui est vraiment adapté et opérant et nous allons creuser certains points pour voir ce qu'il reste à faire. Certains de ces sujets sont réglementaires et c'est à l'État d'identifier celles de ces recommandations qu'il souhaite mettre en œuvre.*

*La procédure de dossier de maladie professionnelle est en cours de simplification, avec notamment un effort de clarification de l'instruction des dossiers et des délais, grâce à un texte en cours d'examen au Conseil d'État et qui sera publié prochainement. Nous lancerons en parallèle de la publication de ces nouvelles règles une campagne de communication pour informer les assurés de leurs droits. Des documents d'information seront publiés à cette fin quand les textes sortiront. Pour minimiser les risques de contentieux, il faut être attentif à un ensemble de facteurs. La précision et la clarté des critères figurant aux tableaux y contribuent. Des tableaux bien écrits facilitent la constitution des dossiers et évitent des différences d'appréciation.*

*On peut toujours considérer que les crédits alloués à la prévention sont insuffisants, mais il faut au préalable fixer des objectifs précis à proposer aux entreprises en termes de financement avant d'augmenter les cotisations. Il ne faut par ailleurs pas perdre de vue que les entreprises elles-mêmes consacrent des moyens importants à la prévention des risques.*

Concernant la contestation des diagnostics effectués par les médecins du travail, leur positionnement est toujours difficile, en particulier lorsqu'ils exercent dans des services intra-entreprise. Ces services-là ne seront d'ailleurs pas affectés par la réforme prévue par le rapport Lecocq, ce sur quoi nous pouvons nous interroger. Nous n'avons pas de vision précise sur leur activité car ils ne dépendent pas de nos services. Par définition notre branche est exposée à un fort risque de contentieux car nous faisons toujours grief à quelqu'un, soit à l'assuré, soit à l'employeur.

**M. Michel Forissier.** – Je souhaitais attirer votre attention sur la nécessité de sensibiliser les acteurs de la prévention dans les métiers à hauts risques. J'ai moi-même exercé une activité professionnelle dans la taille de pierre et la restauration d'ouvrages historiques, secteur qui se caractérise par le port de charges lourdes et l'intervention sur de hauts édifices. La difficulté aujourd'hui réside dans les reconversions professionnelles. Ces secteurs embauchent aujourd'hui des personnes qui ne sont pas toujours préparées physiquement à ces professions et peu sensibilisées aux risques professionnels. Les entreprises se mobilisent déjà pour la formation de leurs employés. Selon moi, il s'agit donc moins d'un manque de moyens qu'une nécessité de coordonner l'ensemble des services concourant à la formation et à la sensibilisation des personnes.

**Mme Marine Jeantet.** – Je rappelle effectivement que la plupart des entreprises fonctionnent bien en matière de prévention des risques et leurs employés sont formés et sensibilisés. Comme je le disais, nous n'avons des difficultés qu'avec 3 % d'entre elles qui représentent beaucoup de dépenses supportées par l'ensemble des entreprises. Pour ces entreprises, il faut des moyens significatifs et certaines ont du mal à évoluer dans la prévention : le conseil ne suffit pas toujours, il faut aussi le bâton ! Des moyens d'actions sont donc nécessaires, c'est pourquoi il faut non seulement agir sur le volet conseil mais également sur le contrôle.

**M. Alain Milon.** – Je vous remercie, madame la directrice, mes chers collègues. Je terminerai par cette formule : quand on fait quelque chose, on a toujours contre soi ceux qui veulent faire le contraire, ceux qui veulent faire la même chose que vous et la grande masse de ceux qui ne font jamais rien !

Je vous remercie.

## LISTE DES PERSONNES ENTENDUES PAR LES RAPPORTEURS

---

### ÉQUILIBRES FINANCIERS GÉNÉRAUX

*(rapporteur : M. Jean-Marie Vanlerenberghe)*

- **Direction générale du Trésor (DGT)**  
Michel Houdebine, chef économiste  
Thierry Grignon, chef du bureau santé et comptes sociaux du service des politiques publiques
- **Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unédic)**  
Vincent Destival, Directeur général
- **Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP)**  
Emmanuel Déchin, Délégué général
- **Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)**  
Jean-Louis Rey, président du conseil d'administration  
Geneviève Gauthey, responsable budget & communication, secrétaire générale adjointe

*(rapporteurs : M. Jean-Marie Vanlerenberghe  
et M. René-Paul Savary au titre des auditions concernant la branche vieillesse)*

- **Association générale des institutions de retraite des cadres - Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (Agirc-Arrco)**  
François-Xavier Selleret, directeur général  
Pierre Chaperon, directeur de cabinet
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)**  
Frédéric Favié, président
- **Fonds de réserve des retraites**  
Yves Chevalier, membre du directoire
- **Mutualité sociale agricole (CCMSA)**  
François-Emmanuel Blanc, directeur général  
Nicolas Bondonneau, directeur délégué aux politiques sociales  
Christophe Simon, chargé des relations parlementaires

**ASSURANCE MALADIE**

*(rapporteuse : Mme Catherine Deroche)*

- **Les entreprises du médicament (Leem)**  
Philippe Tcheng, président  
Philippe Lamoureux, directeur général  
Marianne Bardant, directeur juridique et conformité  
Eric Baseilhac, directeur des affaires publiques, économiques et internationales  
Fanny de Belot, responsable des affaires publiques  
Annaïk Lesbats, chargée de mission affaires publiques
- **Fonds CMU-C**  
Marianne Cornu-Pauchet, directrice  
Gwenaëlle Le Bohec, directrice adjointe
- **Syndicat National des Entreprises de l'Audition (Synea)**  
Guillaume Flahault, président  
Richard Darmon, vice-président
- **Syndicat national des centres Audition Mutualiste (Synam)**  
Marc Greco, président
- **Syndicat national des audioprothésistes (Unsaf)**  
Luis Godinho, président  
Alexis Her, délégué général
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)**  
Maurice-Pierre Planel, président  
Jean-Patrick Sales, vice-président  
Thibaut Zaccherini, secrétaire général adjoint
- **Rassemblement des opticiens de France (ROF)**  
Nicolas Raynal, délégué général  
Sandrine Ladoux, administratrice  
Didier Cohen, administrateur
- **Union des syndicats pharmaceutiques d'officine (USPO)**  
Gilles Bonnefond, président  
Marie-Josée Auge-Caumon, conseillère politique du président  
Bénédicte Bertholom, responsable des affaires réglementaires
- **Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)**  
Philippe Gaertner, président  
Philippe Besset, vice-président  
Pierre Fernandez, directeur général
- **Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM)**  
Éric Le Roy, directeur général  
François-Régis Moulines, directeur des affaires gouvernementales et de la communication

- 
- **Fédération française d'assurance (FFA)**  
Véronique Cazals, directeur santé  
Jean-Paul Laborde, directeur des affaires parlementaires  
Ludivine Azria, conseillère parlementaire
  - **Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)**  
Jean Paul Lacam, délégué général  
Miriana Clerc, directeur communication et relations institutionnelles  
Evelyne Guillet, directeur santé et MDS
  - **Fédération nationale des opticiens de France (FNOF)**  
Alain Gerbel, président  
Hughes Verdier-Davioud, chargé du dossier RAC Zéro
  - **Fédération des médecins de France (FMF)**  
Dr Jean-Paul Hamon, président
  - **Syndicat des Médecins généralistes (MG France)**  
Dr Jacques Battistoni, président  
Dr Marguerite Bayart, première vice-présidente
  - **Le Bloc**  
Dr Jérôme Vert, co-président
  - **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)**  
Dr Jean-Paul Ortiz, président  
Dr Patrick Gasser, président Les Spé-CSMF
  - **Le syndicat des médecins libéraux (SML)**  
Dr Philippe Vermesch, président
  - **Direction de la sécurité sociale (DSS)**  
Mathilde Lignot-Leloup, directrice  
Thomas Wanecq, sous-directeur du financement du système de soins
  - **Groupement des industriels et fabricants de l'optique (GIFO)**  
Eric Lefort, vice-président  
Sophie Thuot Tavernier, responsable des affaires extérieures Essilor France  
Bruno Munier, responsable des relations avec les complémentaires santé ZEISS Vision Care  
Laure-Anne Copel, secrétaire générale
  - **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**  
Lamine Gharbi, président  
Michel Ballereau, délégué général  
Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles
  - **Unicancer**  
Pr. Eric Lartigau, vice-président d'Unicancer et directeur général du centre Oscar Lambret - Centre de lutte contre le cancer (CLCC) de Lille  
Sandrine Boucher, directrice département stratégie et gestion hospitalière

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**  
Alexis Thomas, directeur de cabinet  
Cécile Chevance, responsable du pôle offre de soins
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)**  
Antoine Perrin, directeur général  
Christine Schibler, directrice de l'offre de soins et de la coordination des parcours de santé
- **Union dentaire**  
Dr Philippe Denoyelle, président  
Dr Marcel Perroux, premier vice-président
- **Fédération des syndicats dentaires libéraux (FSDL)**  
Dr Nicolas Goossens, vice-président de la FSDL  
Dr Thomas MacDonald, président de la FSDL IdF
- **Direction générale de la santé (DGS)**  
Magali Guegan, adjointe à la sous-directrice santé des populations et prévention des maladies chroniques  
Nadine David, cheffe du bureau médicaments  
Véronique Deffrasnes, cheffe de service  
Anne-Marie Horellou, cheffe de la division agences-partenariat-concertation  
Grégoire Rullier, adjoint à la cheffe du bureau budget  
Chanez Laidi, stagiaire au bureau budget.
- **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)**  
Thierry Beaudet, président  
Albert Lautman, directeur général  
Valentin Jeufrault, chargé d'affaires publiques
- **Fédération des prestataires de santé à domicile (Fédération des PSAD)**  
Alexandra Duvauchole, déléguée générale
- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**  
Cécile Courrèges, directrice générale de l'offre de soins  
Céline Wasmer, sous-directrice adjointe du pilotage et de la performance des acteurs de l'offre de soins  
Céline Faye, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins
- **Haute Autorité de santé (HAS)**  
Katia Julienne, directrice générale  
Chantal Belorgey, directrice de l'évaluation médicale économique et de santé publique  
Catherine Grenier, directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins  
Marie Hélène Rodde-Dunet, adjointe de la directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins  
Catherine Rumeau Pichon, adjointe de la directrice de l'évaluation médicale économique et de santé publique

---

**SECTEUR MÉDICO-SOCIAL**

(rapporteur : M. Bernard Bonne)

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**  
Cécile Chevance, responsable du pôle finances  
Annie Lelièvre, responsable du pôle autonomie
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)**  
Antoine Perrin, directeur général  
Jean-Christian Sovrano, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie
- **Syndicat National des Établissements et Résidences Privés pour Personnes Âgées (Synerpa)**  
Florence Arnaiz-Maumé, déléguée générale  
Audrey Houssais, responsable affaires publiques et territoires  
Pauline Meyniel, responsable du pôle médico-social
- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)**  
Jean-Philippe Viquant, directeur général de la cohésion sociale  
Olivier Bachellery, sous-directeur adjoint des affaires financières et de la modernisation
- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**  
Anne Burstin, directrice
- **NEXEM**  
Marie Aboussa, directrice du pôle gestion des organisations
- **Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (Fnadepa)**  
Annabelle Vêques-Malnou, directrice  
Jean-Pierre Riso, président
- **École nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S)**  
Dominique Libault, directeur
- **Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis (Unapei)**  
Luc Gateau, président  
Clémence Vaugelade, chargée de plaidoyer France  
Alexandre Horrach, directeur général ADAPEI 54  
Marc Marhadour, directeur général ADAPEI 44
- **Assemblée des départements de France (ADF)**  
Olivier Richefou, président du département de la Mayenne
- **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uniopss)**  
Jérôme Voiturier, directeur général  
Laurène Dervieu, conseillère technique autonomie et citoyenneté des personnes en situation de handicap

**ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES**

*(rapporteur : M. Gérard Dériot)*

- **Association des accidentés de la vie (Fnath)**  
Philippe Karim Felissi, conseiller assurance maladie du secrétaire général
- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**  
Marie Daudé, cheffe de service  
Cécile Buchel, cheffe du bureau AT-MP
- **Association Santé et médecine du travail (A-SMT)**  
Jean Louis Zylberberg, président
- **Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)**  
Pascale Romenteau, directrice  
Daniel Jubenot, directeur adjoint
- **Commission des accidents du travail / maladies professionnelles (CATMP)**  
Florence Sautejeau, présidente  
Ronald Schouller, vice-président

**ASSURANCE VIEILLESSE**

*(rapporteur : M. René-Paul Savary)*

- **GIP Union retraite**  
Stéphane Bonnet, directeur  
Philippe Retailleau, directeur adjoint
- **Confédération française des retraités**  
Pierre Erbs, président

**FAMILLE**

*(rapporteuse : Mme Élisabeth Doineau)*

- **Syndicat professionnel des assistants maternels et des assistants familiaux (SPAMAF)**  
Lydia Loisel, secrétaire générale
- **Union fédérale nationale des associations de familles d'accueil et assistants maternels (UFNAFAAM)**  
Sandra Onyszko, responsable de la communication
- **Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM)**  
Adrien Dufour, responsable des affaires publiques

- 
- **Christine Cloarec**, députée d'Ille-et-Vilaine
  - **Julien Damon**, professeur associé à Sciences Po
  - **Union nationale des associations familiales (UNAF)**  
**Marie-Andrée Blanc**, présidente  
**Claire Ménard**, chargée des relations parlementaires
  - **Fédération nationale Familles de France**  
**Charly Hée**, président de Familles de France, administrateur Caf  
**Bernard Desbrosses**, trésorier de Familles de France, membre du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge
  - **Union des familles laïques (UFAL)**  
**Olivier Nobile**, responsable de la commission santé - protection sociale
  - **Conseil national des associations familiales laïques (CNAFAL)**  
**Jean-Marie Bonnemayre**, président
  - **Confédération Nationale des Associations Familiales Catholiques (CNAFC)**  
**Jean-Marie Andrès**, président  
**Mériadec Rivière**, responsable du secteur « politique familiale »
  - **Confédération syndicale des familles (CSF)**  
**Aminata Koné**, secrétaire générale  
**Johan Jousseume**, secrétaire confédéral responsable du secteur Santé
  - **Mouvement mondial des Mères de France (MMMFrance)**  
**Marie-Laure des Brosses**, responsable team advocacy  
**Anne Marcillac**, team advocacy
  - **Fédération nationale Familles rurales**  
**Dominique Marmier**, président