



N° 295

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2007.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2008* (n° 284)

TOME I

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. YVES BUR,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	11
I.- LES RÉFORMES ENGAGÉES SOUS LA PRÉCÉDENTE LÉGISLATURE SONT CONFRONTÉES AUX PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION PRÉOCCUPANTES DES FINANCES SOCIALES	13
A. DES RÉFORMES CAPITALES ENTREPRISES DANS TOUTES LES BRANCHES SANS NÉGLIGER POUR AUTANT LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME	13
1. La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites.....	13
2. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.....	14
3. La mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant	16
4. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale	17
B. LES DIFFICULTÉS PERSISTANTES DES FINANCES SOCIALES	20
1. Les perspectives à court terme ne sont pas bonnes	20
2. Les perspectives à moyen terme ne sont guère meilleures.....	21
3. Les perspectives à long terme n'incitent pas davantage à l'optimisme	21
II.- LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008 ÉTABLIT LES FONDATIONS DE LA POLITIQUE QUI DEVRA ÊTRE POURSUIVIE TOUT AU LONG DE LA LÉGISLATURE	23
A. UN PROJET DE LOI DE FINANCEMENT FONDATEUR	23
1. Vers une nouvelle architecture institutionnelle	23
<i>a) Le ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique</i>	23
<i>b) De nombreuses interactions entre loi de financement et lois de finances</i>	24
<i>c) La contribution essentielle de la Cour des comptes</i>	25
2. Les grandes lignes du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.....	27
<i>a) Une vraie politique pour l'emploi des seniors</i>	27
<i>b) Des mesures structurantes pour la médecine de ville</i>	28
<i>c) Une réforme capitale pour les hôpitaux</i>	28

3. Aller plus loin dans la justice sociale	28
a) Réduire les « niches sociales »	29
b) Renforcer les contrôles et la lutte contre la fraude.....	30
B. POURSUIVRE LES RÉFORMES DE STRUCTURE	31
1. Les chantiers ouverts par le gouvernement.....	31
a) La réforme du financement de la protection sociale	31
b) La réforme des régimes spéciaux de retraite et le « rendez-vous retraites »	32
c) Le « bouclier sanitaire »	33
d) Le sauvetage du régime des non-salariés agricoles.....	35
2. Quelques autres pistes	37
a) Les délégations de gestion de l'assurance maladie	37
b) Les cotisations sociales des employeurs publics.....	38
c) Les combats pour la santé publique	39
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	41
I. - AUDITIONS.....	41
A. AUDITION DE M. PHILIPPE SÉGUIN, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES	41
B. AUDITION DE M. XAVIER BERTRAND, MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ, DE MME ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN, MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, ET DE M. ÉRIC WOERTH, MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE.....	63
II.- EXAMEN DU RAPPORT	83
III.- EXAMEN DES ARTICLES	85
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2006	85
Article 1 ^e : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006.....	85
Article 2 : Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2006.....	95
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2007.....	98
Section 1 : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale.....	98
Article 3 : Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2007	98
Article 4 : Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et prévisions de recettes rectifiées du Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	104

<i>Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses</i>	107
<i>Article 5 : Diminution du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)</i>	107
<i>Article 6 : Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche</i>	107
<i>Article 7 : Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)</i>	109
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2008	110
<i>Article 8 : Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)</i>	110
<i>Après l'article 8</i>	113
<i>Section 1 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des fonds concourant à leur financement</i>	115
<i>Article additionnel avant l'article 9 : Relèvement des droits de perception sur les cigarettes et le tabac</i>	115
<i>Article additionnel avant l'article 9 : Contributions patronale et salariale sur les stock-options et les attributions gratuites d'actions</i>	115
<i>Article 9 : Diverses dispositions relatives aux contributions pharmaceutiques</i>	117
<i>Article additionnel après l'article 9 : Instauration d'une taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac</i>	127
<i>Article 10 : Prélèvement social sur les préretraites et les indemnités de mise à la retraite</i>	128
<i>Après l'article 10</i>	164
<i>Article 11 : Aménagement de l'assiette forfaitaire de cotisation sociale généralisée des non-salariés agricoles</i>	165
<i>Article 12 : Suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale (ZRR)</i>	169
<i>Article 13 : Expérimentation relative à la création de cotisations forfaitaires de sécurité sociale pour les petites activités dans les quartiers défavorisés</i>	178
<i>Article additionnel après l'article 13 : Exonération de cotisations au régime local d'Alsace-Moselle</i>	184
<i>Article 14 : Suppression des exonérations de cotisations accidents du travail-maladies professionnelles</i>	184
<i>Article 15 : Aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés</i>	189
<i>Après l'article 15</i>	191
<i>Article 16 : Non-compensation de certaines mesures d'exonérations ou d'exclusion de l'assiette sociale</i>	191
<i>Article additionnel après l'article 16 : Conversion du repos compensateur de remplacement en une majoration salariale</i>	197
<i>Article additionnel après l'article 16 : Limitation aux modalités de versement des prestations familiales de l'habilitation permettant au gouvernement d'autoriser certains organismes à les servir</i>	197

<i>Article 17</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales	198
Section 2 : <i>Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre</i>	209
<i>Article 18</i> : Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	209
<i>Article 19</i> : Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base	214
<i>Article 20</i> : Approbation du tableau d'équilibre du régime général.....	216
<i>Article 21</i> : Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	222
<i>Article 22</i> : Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR).....	223
<i>Après l'article 22</i>	225
Section 3 : <i>Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité</i>	225
<i>Avant l'article 23</i>	225
<i>Article 23</i> : Certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale.....	226
<i>Après l'article 23</i>	234
<i>Article 24</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt.....	235
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2008	242
Section 1 : <i>Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie</i>	242
<i>Avant l'article 25</i>	242
<i>Article 25</i> : Modifications de la procédure d'alerte et des modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels prévoyant des revalorisations tarifaires.....	243
<i>Après l'article 25</i>	246
<i>Article 26</i> : Extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable.....	247
<i>Article 27</i> : Renforcement de l'encadrement des transports des assurés en taxi.....	247
<i>Article 28</i> : Amélioration de l'information des assurés et du contrôle des caisses d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires	248
<i>Après l'article 28</i>	250
<i>Article 29</i> : Prise en compte du critère médico-économique dans les avis et recommandations de la Haute autorité de santé	250
<i>Après l'article 29</i>	255
<i>Article 30</i> : Aménagement du champ de la convention nationale des médecins libéraux et introduction de la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de conclure des contrats avec les médecins conventionnés	255
<i>Après l'article 30</i>	257

<i>Article additionnel après l'article 30 : Habilitation des pharmaciens d'officine à conclure des accords de bon usage des soins, des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique</i>	257
<i>Après l'article 30</i>	258
<i>Article 31 : Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins par les missions régionales de santé (MRS)</i>	258
<i>Après l'article 31</i>	260
<i>Article additionnel après l'article 31 : Contribution forfaitaire des professionnels n'assurant pas une transmission électronique de leurs actes</i>	261
<i>Après l'article 31</i>	262
<i>Article 32 : Répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire</i>	263
<i>Article 33 : Répartition géographique des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire</i>	266
<i>Article additionnel après l'article 33 : Participation de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle au financement de programmes de santé publique ou d'actions expérimentales relatives aux filières et réseaux de soins</i>	267
<i>Article 34 : Élargissement du dispositif de pénalité financière aux transporteurs sanitaires et aux entreprises de taxis.....</i>	267
<i>Après l'article 34</i>	268
<i>Après l'article 34</i>	268
<i>Article 35 : Création d'une franchise sur les médicaments, les transports et les actes paramédicaux</i>	268
<i>Après l'article 35</i>	272
<i>Article additionnel après l'article 35 : Rétablissement de la durée du maintien de droits à l'assurance maladie des ayants droit d'un assuré décédé</i>	273
<i>Article additionnel après l'article 35 : Application aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) des règles relatives au parcours de soins coordonnés</i>	273
<i>Après l'article 35</i>	274
<i>Article 36 : Dossier médical personnel.....</i>	275
<i>Après l'article 36</i>	278
<i>Article additionnel après l'article 36 : Modalités de mise en œuvre du dossier pharmaceutique</i>	279
<i>Après l'article 36</i>	279
<i>Article additionnel après l'article 36 : Subordination à la délivrance de génériques de la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses pharmaceutiques des bénéficiaires de la couverture maladie universelle.....</i>	279
<i>Article 37 : Dispositions diverses visant à l'harmonisation des prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale</i>	280
<i>Article 38 : Déclaration des produits et prestations remboursables</i>	281
<i>Après l'article 38</i>	282
<i>Article 39 : Restructuration du réseau des officines de pharmacie</i>	284

<i>Article 40</i> : Montant pour 2008 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés	287
<i>Article 41</i> : Contribution financière des établissements de santé à la Haute autorité de santé (HAS)	288
<i>Article 42</i> : Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité (T2A) aux établissements de santé.....	288
<i>Après l'article 42</i>	293
<i>Article 43</i> : Expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires	294
<i>Article additionnel après l'article 43</i> : Mise à la charge des établissements de santé des consultations qu'il n'a pas été possible d'identifier par le répertoire partagé des professionnels de santé	294
<i>Article 44</i> : Groupements de coopération sanitaire.....	295
<i>Après l'article 44</i>	295
<i>Article 45</i> : Financement des établissements sociaux et médico-sociaux.....	296
<i>Après l'article 45</i>	299
<i>Article 46</i> : Interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse en centre de planification ou d'éducation familiale	299
<i>Article 47</i> Dépistage et vaccination gratuits des hépatites virales en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).....	300
<i>Article additionnel après l'article 47</i> : Rapport d'évaluation de la politique de santé publique.....	300
<i>Article 48</i> : Fixation du montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)	301
<i>Article 49</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	301
<i>Article 50</i> : Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).....	301
<i>Article 51</i> : Dotation de financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).....	303
<i>Article 52</i> : Contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).....	304
Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse	304
<i>Article additionnel avant l'article 53</i> : Revalorisation des pensions de retraites.....	304
<i>Avant l'article 53</i>	304
<i>Article 53</i> : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2008.....	305
<i>Après l'article 53</i>	305
Section 3 : Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles	306
<i>Article 54</i> : Plafonnement de l'indemnisation des accidents du travail successifs.....	306
<i>Après l'article 54</i>	306

<i>Article additionnel après l'article 54</i> : Transmission du rapport d'incapacité permanente par les médecins conseils aux caisses d'assurance maladie.....	307
<i>Article 55</i> : Clarification juridique du dispositif des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail.....	307
<i>Article 56</i> : Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).....	308
<i>Article 57</i> : Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.....	308
<i>Après l'article 57</i>	309
<i>Article additionnel après l'article 57</i> : Ouverture d'un droit de recours contre les décisions des tribunaux des affaires de sécurité sociale portant sur les taux d'incapacité inférieurs à 10 % dans le régime agricole.....	309
<i>Article 58</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2008.....	310
<i>Après l'article 58</i>	310
Section 4 Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille	311
<i>Article 59</i> : Modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire en fonction de l'âge de l'enfant.....	311
<i>Article 60</i> : Extension aux enfants handicapés de la prestation de compensation du handicap.....	312
<i>Article 61</i> : Clarification du droit aux prestations familiales des ressortissants communautaires.....	313
<i>Après l'article 61</i>	313
<i>Article 62</i> : Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2008.....	314
Section 5 : Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement	314
<i>Article 63</i> : Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS).....	314
<i>Article 64</i> : Amélioration de la performance des organismes de sécurité sociale.....	318
<i>Article 65</i> : Renforcement des moyens de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).....	321
<i>Article 66</i> : Expérimentations concernant les contrôles médicaux des arrêts de travail organisés par les employeurs et les caisses d'assurance maladie.....	326
<i>Article 67</i>	327
<i>Article additionnel après l'article 67</i> : Accès des centres communaux et intercommunaux d'action sociale au répertoire national commun relatif aux bénéficiaires des prestations sociales.....	331
<i>Article 68</i> : Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé.....	331
<i>Article 69</i> : Droit de communication.....	335

<i>Article additionnel après l'article 69 : Droit des organismes de sécurité sociale à agir devant les juridictions pénales ou civiles</i>	339
<i>Article additionnel après l'article 69 : Moyens à la disposition des organismes de sécurité sociale pour rechercher les fraudes</i>	339
<i>Article 70 : Extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents</i>	339
<i>Après l'article 70</i>	339
<i>Article 71 : Harmonisation du contrôle des arrêts de travail accidents du travail-maladies professionnelles avec les dispositions applicables en assurance maladie</i>	340
Section 7 : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires	340
<i>Article 72 : Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale</i>	340
<i>Article additionnel après l'article 72 : Maisons médicales en milieu rural</i>	341
<i>Après l'article 72</i>	342
<i>Article additionnel après l'article 72 : Regroupement au sein de fédérations médicales interhospitalières de médecine légale des structures d'accueil pour victimes d'infractions pénales</i>	343
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	345

INTRODUCTION

Le rapporteur ne procédera pas, en guise d'introduction, à un vaste tour d'horizon de la situation des finances sociales, dont l'essentiel serait d'ailleurs redondant avec les commentaires qu'appellent les nombreux articles de rectification, de constatation et de prévision qu'impose la structure des lois de financement depuis qu'elle est régie par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005. Il préfère en revanche mettre l'accent sur quelques idées fortes qui doivent, selon lui, guider l'action dans ce domaine au cours des années à venir.

La situation rend indispensables des réformes structurelles permettant de se rapprocher de l'équilibre en 2010 et, surtout, de le consolider durablement à l'horizon de la prochaine législature.

Pourtant, la précédente législature n'a pas démerité, traçant les principaux axes qui doivent désormais être approfondis. De ce point de vue, le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale peut être qualifié de fondateur, même s'il faudra bien entendu le prolonger de façon tout aussi résolue dans les années à venir.

Le rapporteur se veut raisonnablement optimiste : en effet, non seulement les outils sont en place, mais la volonté politique ne fait pas défaut, tant dans la majorité gouvernementale que chez nos concitoyens, conscients de la nécessité d'agir sans tarder.

I.- LES RÉFORMES ENGAGÉES SOUS LA PRÉCÉDENTE LÉGISLATURE SONT CONFRONTÉES AUX PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION PRÉOCCUPANTES DES FINANCES SOCIALES

Courageux et porteur de réformes capitales, le travail considérable accompli sous la précédente législature ne se heurte pas moins à une dégradation préoccupante de la situation des finances sociales.

A. DES RÉFORMES CAPITALES ENTREPRISES DANS TOUTES LES BRANCHES SANS NÉGLIGER POUR AUTANT LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME

Retraites, maladie, famille : toutes les branches ont bénéficié de réformes importantes dont l'impact est encore aujourd'hui perceptible. En même temps, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale a entamé une profonde restructuration de la gouvernance du système.

1. La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites

Dix ans après la loi du 22 juillet 1993, la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites est venue consolider notre système solidaire de retraites. Les estimations présentées par la Commission européenne en témoignent éloquemment : la progression des dépenses de retraite serait de 2 % du PIB entre 2005 et 2050, alors qu'elle aurait atteint 3,6 % de PIB en l'absence de réforme.

La loi a notamment reculé à soixante-cinq ans l'âge légal de départ en retraite à taux plein. Elle a instauré un minimum de retraite garanti ainsi que le plan d'épargne retraite populaire (PERP) et le plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO). Elle a également mis en place un régime de décote et de surcote, tout en autorisant le rachat d'annuités correspondant aux études. Elle a en outre élargi les possibilités de cumul d'une pension et d'une activité professionnelle, tout en permettant à toutes celles et tous ceux ayant commencé à travailler très tôt de partir en retraite de manière anticipée. Longtemps attendue, cette possibilité a constitué un progrès social pour des milliers de salariés.

Enfin, la loi de 2003 a reconnu aux assurés un droit à l'information sur leur retraite : ils peuvent notamment l'exercer au travers du groupement d'intérêt public (GIP) Info-Retraite, qui regroupe tous les organismes de retraite assurant la gestion des régimes légalement obligatoires ainsi que le service des pensions de l'État. Selon le rapport d'activité 2006 du GIP, dès la mise en consultation de son site Internet et de son outil de simulation « ma retraite en ligne » (M@rel), leur fréquentation a été élevée, avec plus de 100 000 connexions dès la première semaine. Elle est demeurée à un niveau élevé, avec notamment 5 000 connexions quotidiennes pour l'outil de simulation. La moitié des visiteurs souhaitent estimer le montant de leur retraite.

Cette évolution est à rapprocher de la forte augmentation des départs en retraite enregistrée au cours des derniers mois : il n'est bien entendu pas ici question de remettre en cause ce droit à l'information, qui constitue l'un des apports significatifs de la loi de 2003, mais simplement de constater la manière dont les assurés ont su s'en servir pour optimiser, en tout cas à leurs yeux, le moment de leur départ de la vie active. La découverte, pour bon nombre d'entre eux, qu'ils pouvaient d'emblée prétendre à une pension d'un niveau élevé a sans nul doute suscité des comportements nouveaux, qui ont été manifestement sous-évalués – mais ce n'est ici que l'un des nombreux exemples des difficultés que les pouvoirs publics ont à mesurer l'impact réel d'un dispositif.

Selon une étude réalisée par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) sur les départs en retraite anticipée, les écarts entre flux prévus en 2003 et flux constatés au cours des années suivants basculent entre 2004 et 2005 : en 2004, les estimations demeurent plus élevées que la réalisation. En revanche, les années suivantes, les prévisions ont sous-estimé les flux, particulièrement pour les départs des 56-57 ans, pour lesquels les écarts entre prévision et réalisation sont de l'ordre de 40 %, contre 15 % pour les 58-59 ans.

L'ampleur du dépassement appelle des explications. Selon la CNAV, l'erreur d'anticipation tient à l'insuffisante mise à jour des durées d'assurance dans les fichiers de carrières, ces carrières faisant l'objet de compléments par les assurés au moment de la régularisation au cours de l'instruction de leur dossier de retraite. En outre, les régularisations de cotisations arriérées, permettant aux assurés de valider des périodes pour lesquelles ils n'ont pas cotisé, ont progressé. Elles portent essentiellement sur les 14-15 ans, c'est-à-dire des périodes d'apprentissage. Les assurés peuvent donc ainsi satisfaire à la condition de début d'activité exigée dans le dispositif de retraite anticipée.

La CNAV souligne toutefois que ce phénomène avait été identifié dès 2003 comme une cause possible de sous-estimation, mais que la mesure de son effet était délicate. En effet, une durée d'assurance de 160 trimestres était auparavant suffisante pour partir avant 60 ans, de telle sorte que ces personnes n'avaient pas besoin de régulariser ces périodes d'apprentissage.

Au-delà, une enquête de la CNAV sur les motivations des départs à la retraite à 60 ans, en croissance marquée et continue, indique qu'indépendamment des facteurs personnels, cette tendance s'explique par les inquiétudes sur l'avenir des retraites (crainte d'une dégradation des conditions de liquidation et d'un allongement de la durée de cotisation) et la pression du milieu de travail, y compris une insuffisante considération des seniors.

2. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a permis de ralentir de façon significative la progression des dépenses sous ONDAM, de + 7,1 % en 2003 à + 3,1 % en 2006. Le rapporteur souligne que cette

évolution montre qu'il est possible de maîtriser la consommation des soins sans pour autant que l'on puisse soutenir un tant soit peu sérieusement que les Français ont été moins bien soignés.

Ce sont les mesures en matière de médicament, le renforcement du contrôle des indemnités journalières et la mise en œuvre du parcours de soins qui ont principalement permis de réaliser des économies.

Le Plan médicament a contribué à la maîtrise des dépenses à hauteur de 700 millions d'euros en 2005 et de 1,7 milliard d'euros en 2006. La percée du générique y tient une place significative (250 millions d'euros en 2005, 925 millions d'euros en 2006), loin devant les déremboursements (460 millions d'euros en année pleine) et les baisses de prix ciblées d'une centaine de spécialités (antipyrétiques, statines, antiulcéreux, ...) ou dispositifs médicaux, pour 260 millions d'euros et 320 millions d'euros en 2006. L'encadrement des prix des médicaments à l'hôpital a permis de réaliser une économie d'environ 200 millions d'euros. La maîtrise médicalisée (réduction des volumes de prescription et respect de l'ordonnancier bizonne) n'a apporté qu'une contribution modeste (50 millions d'euros en 2005, 165 millions d'euros en 2006), de même que les grands conditionnements (10 millions d'euros), dont le rapporteur entend que le développement soit encouragé par la voie d'un amendement qu'il déposera au présent projet de loi.

Le mouvement de diminution des arrêts de travail de courte durée s'est étendu aux arrêts de longue durée, qui ont fait l'objet d'un contrôle systématique à partir de 2005 : 432 millions d'euros et 262 millions d'euros ont été respectivement économisés en 2005 et en 2006, même si la hausse a commencé à reprendre à la mi-2006.

Enfin, à la mi-2007, 85 % des assurés de plus de seize ans avaient déclaré un médecin traitant. La participation forfaitaire de 1 € a rapporté respectivement 410 millions d'euros en 2005 et 440 millions d'euros en 2006.

En revanche, les économies liées au dossier médical personnel (DMP) ou au « web médecin » paraissent pour l'heure plus potentielles que réelles.

Comme l'indiquent les éléments d'information fournis par le gouvernement aux questions du rapporteur, « *la procédure d'élaboration du décret d'application nécessaire à la mise en œuvre du DMP poursuit son cours* ». Cet humour involontaire ferait sourire le rapporteur s'il n'y voyait une nouvelle illustration d'un travers hélas ô combien caractéristique de notre mode de fonctionnement politico-administratif : ce n'est pas le fait que le dossier médical personnel ne soit pas en place trois ans après la décision tendant à le créer – encore que les délais inhérents à l'intervention de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) posent question – qui est irritant, mais le fait que l'on ait tenté de faire croire qu'il serait opérationnel – et générateur d'économies – à très bref délai.

En réalité, les textes réglementaires nécessaires à la mise en place du DMP ne seraient donc publiés qu'au premier trimestre 2008. Quant à l'article 36 du présent projet de loi, il permettra la mise en place d'un « portail d'accès » unique permettant de s'assurer de l'identité des personnes habilitées à accéder au DMP. Pour l'heure, le groupement d'intérêt général en charge de ce projet, essentiellement financé par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), a coûté un peu plus de 30 millions d'euros au titre des exercices 2005 et 2006.

En 2007, ses dépenses se monteraient à 43,7 millions d'euros. Dans l'hypothèse d'une montée en charge rapide du dispositif, les dépenses annuelles se situeraient dans une fourchette de 170 millions d'euros à 220 millions d'euros, auxquels s'ajouteraient environ 100 millions d'euros par an pendant quatre ans non pris en charge par le GIP, au titre des besoins non récurrents d'accompagnement du changement.

Ces sommes montrent que la rentabilisation de cet outil est encore lointaine et que les missions menées par l'IGAS, d'une part, sur le pilotage du projet et présidée par M. Jean-Pierre Door, d'autre part, ne seront donc pas de trop pour qu'il soit mené à bien dans les meilleures conditions.

D'ambition plus modeste, le « web médecin » est une base de données médicales de l'assurance maladie qui vise à permettre aux prescripteurs, à l'occasion d'une consultation médicale et avec l'accord du patient, de disposer d'un instantané exhaustif des actes médicaux et paramédicaux pris en charge par l'assurance maladie ainsi que du relevé des prescriptions médicales et des arrêts de travail. Ici encore, le rapporteur déplore que le projet ait mis plus de trois ans pour commencer tout juste à fonctionner, malgré tout l'intérêt qu'il présente, et souhaite donc qu'il soit développé de façon que le médecin puisse être informé du prix des produits et du montant total de la prescription.

3. La mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant

Instituée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004. Elle a profondément transformé et simplifié les aides à la petite enfance, se substituant à l'allocation pour jeune enfant (APJE), à l'allocation d'adoption (AAD), à l'allocation parentale d'éducation (APE), à l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) et à l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED).

Au titre de la nouvelle prestation, peuvent être attribués :

– une prime de naissance ou d'adoption, versée sous condition de ressources ;

– une allocation de base, versée sous condition de ressources et visant à compenser le coût lié à l'entretien de l'enfant ;

– un complément de libre choix d'activité, versé, sans condition de ressources, à celui des parents optant de ne plus travailler ou de travailler à temps partiel pour s'occuper d'un enfant ;

– un complément de libre choix du mode de garde, destiné à compenser le coût de la garde d'un enfant.

Le coût de la PAJE a évolué très rapidement : 800 millions d'euros en 2005, 1,5 milliard d'euros en 2006 et 1,8 milliard d'euros en 2007, mais cette croissance devrait se stabiliser en 2008 et en 2009 autour de 2 milliards d'euros.

En effet, la montée en charge des prestations d'entretien (allocation de base, prime de naissance et complément de libre choix d'activité) s'est achevée le 31 décembre 2006 avec l'extinction des anciennes prestations. Dès lors, la montée en charge des compléments de libre choix du mode de garde ne concerne plus à présent que la population des enfants de 3 à 6 ans.

Une fois de plus, le rapporteur constate qu'il n'a pas été possible de prévoir correctement les effets de cette mesure. Selon la CNAF, le dépassement est principalement dû à des modifications des modalités d'attribution de la PAJE intervenues après le calcul des prévisions, le gouvernement ayant choisi de faire bénéficier de cette prestation des ménages à revenus moyens.

Il s'agit d'abord de l'assouplissement des conditions de ressources pour l'éligibilité au socle de la PAJE par rapport à l'ancienne APJE : avec 1 800 000 familles bénéficiaires de l'allocation de base à la fin de 2006, l'objectif initial, qui était de couvrir 200 000 familles supplémentaires, a ainsi largement été atteint. Auraient également contribué à rendre insuffisantes les prévisions, s'agissant du complément de libre choix d'activité, l'éligibilité au premier enfant et la revalorisation de la prestation pour les temps partiels et, s'agissant du complément de libre choix de garde, l'augmentation du montant de la prestation et des seuils de modulation.

La CNAF reconnaît que ses prévisions initiales étaient notamment fondées sur une hypothèse à comportements et à barèmes de ressources inchangés. Or, les incitations financières ont eu des effets sur le recours aux assistantes maternelles ainsi qu'au complément d'arrêt d'activité à temps partiel et, au-delà, sur le nombre des naissances.

4. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale

Autre élément à mettre à l'actif de la précédente législature, la loi organique de 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a clarifié et rationalisé le cadre dans lequel se déroule le débat dans les deux assemblées tout en améliorant la transparence ainsi que l'information et le contrôle parlementaire. Cette lisibilité permet de disposer d'une vision plus globale et plus

claire de la situation des finances sociales : il n'est pas – ou plus – possible de prétendre que les chiffres sont dissimulés.

L'approbation des comptes, auquel procède désormais chaque année l'article 1^{er} du projet de loi, appelait une démarche de certification, qui a connu sa première application cette année, au titre de l'exercice de 2006, la Cour des comptes ayant remis en juin dernier son premier rapport de certification. Le rapporteur aura l'occasion d'y consacrer de plus amples développements dans son commentaire de l'article 23.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 marque par ailleurs, après les projets joints aux deux précédents projets de loi de financement, la première présentation de véritables programmes de qualité et d'efficience (PQE). Destinés à introduire une approche en termes de coût et d'efficacité, à l'image des projets annuels de performances (PAP) associés à la loi de finances, les PQE, première des annexes énumérées au III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, « *comportent un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et le cas échéant, lors de l'année en cours* ».

Constituant un volume à peu près équivalent à celui des huit autres annexes, six PQE sont joints au projet de loi de financement : un pour chacune des quatre branches (maladie, accidents du travail, vieillesse et famille), un pour l'invalidité et les dispositifs gérés par la CNSA, un pour le financement.

Les soixante-dix-huit pages du PQE relatif au financement laissent le rapporteur quelque peu perplexe quant au caractère opérationnel de cet outil, d'autant qu'il n'a été distribué, ainsi que l'ensemble du projet de loi, que la veille de l'examen du texte en commission. Il se félicite certes que bon nombre des remarques et observations qu'il avait formulées l'année dernière dans son avis (n° 3388) présenté au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, aient été reprises.

Le PQE « Financement » est divisé en cinq objectifs, comportant chacun de deux à sept indicateurs.

Sur l'objectif 1 (« Garantir la viabilité financière des régimes de base »), le rapporteur avait jugé que l'indicateur d'adéquation des dépenses avec les recettes n'était pas satisfaisant et sa suggestion de l'étendre à l'ensemble des régimes de base a été retenue, de même que celle de voir définies des valeurs cibles en cohérence avec l'annexe B, l'objectif indiqué renvoyant précisément à cette annexe, même si les valeurs de ces cibles ne peuvent être explicitées dans les PQE, leurs valeurs définitives n'étant pas connues au jour de la diffusion de l'annexe.

Ainsi que le rapporteur l'avait souhaité, un indicateur des taux de croissance des recettes et des dépenses, est traité pour la première fois cette année en partie de cadrage sur le champ des administrations de sécurité sociale, comparant l'évolution des recettes et des dépenses des administrations de sécurité sociale (en parts de PIB) à celles de l'État et des collectivités locales. Parmi les quatre indicateurs, celui relatif à la dette de l'État à l'égard des organismes de sécurité sociale constitue une innovation par rapport au document présenté en 2006. L'indicateur d'évolution comparée des recettes de la sécurité sociale et du PIB, que le rapporteur souhaitait voir étendu à la masse salariale, est également présenté pour la première fois en partie de cadrage sous l'angle « part des salaires dans la valeur ajoutée », le PIB étant en première approximation la somme des valeurs ajoutées produites sur le territoire national. L'indicateur sur le solde structurel des régimes de base est également détaillé en partie de cadrage, l'approche menée à ce stade étant encore assez fruste, de telle sorte qu'il est envisagé de retravailler sa méthodologie.

Sur l'objectif 2 (« Veiller à l'équité du prélèvement social »), le rapporteur avait demandé que l'indicateur rapportant les prélèvements sociaux sur les ménages à l'ensemble de leurs revenus soit différencié par type de revenus (d'activité, de remplacement, financiers, du patrimoine), ce qui n'est pas le cas. Selon le gouvernement, il apparaît techniquement délicat d'obtenir des résultats fiables au niveau aussi fin que présenté actuellement (par décile de niveau de vie des ménages) avec le niveau de détail demandé par le rapporteur quant à la nature des revenus, l'indicateur étant construit à l'aide de données d'échantillon retravaillées à partir de plusieurs sources. Afin d'approfondir l'analyse, il est toutefois présenté un tableau distinguant les taux moyens de prélèvement par statut de la personne de référence du ménage (actif occupé, au chômage, retraité, *etc.*).

S'agissant de l'indicateur rapportant les exonérations fiscales à la masse salariale, le rapporteur avait considéré qu'il ne saurait se limiter à une comparaison entre les assiettes de la CSG et des cotisations, mais qu'il fallait également tenir compte des réductions d'assiette et de taux de la CSG elle-même ainsi que de l'effet des exonérations sur la progression des rémunérations non salariales et proposer une comparaison avec l'assiette salariale potentielle. Cette préoccupation a été partiellement prise en compte, notamment au travers de l'annexe 5 qui énumère les dérogations avec une évaluation d'assiette.

Sur l'objectif 3 (« Concilier le financement de la sécurité sociale et la politique de l'emploi »), le rapporteur avait suggéré qu'un indicateur de suivi des compensations financières à la sécurité sociale, notamment des exonérations de cotisations, soit mis en place. Cette suggestion est satisfaite par l'indicateur 3-2, qui donne le taux de couverture instantané des allègements généraux et des mesures ciblées. En revanche, sa proposition de création d'un indicateur rendant compte de l'effet de la politique de l'emploi, notamment des baisses de charges, sur le dynamisme induit des recettes sociales n'a pas été retenue. Selon le gouvernement, la construction d'un tel indicateur serait particulièrement complexe

à réaliser et ses résultats vraisemblablement soumis à caution. En effet, elle nécessiterait l'utilisation de modèles avec bouclage macroéconomique des effets des exonérations sur l'emploi, dont la méthodologie de calcul serait par nature fragile, donc contestable. Par ailleurs, il serait très délicat de fixer un objectif ciblé à un indicateur de ce type.

Sur l'objectif 4 (« Simplifier les procédures de financement »), le rapporteur avait recommandé que l'indicateur permettant de mesurer la complexité du financement soit différencié par secteurs d'activité. Selon le gouvernement, la définition du ou des indicateurs de complexité n'est pas arrêtée à ce stade. Les travaux sur cet indicateur seraient menés dans les prochains mois, mettant à l'étude la faisabilité d'une différenciation par secteurs d'activité.

Enfin, sur l'objectif 5 (« Améliorer l'efficacité de la gestion financière et du recouvrement »), et plus précisément l'indicateur portant sur le taux de restes à recouvrer, le rapporteur avait souhaité en vain qu'il puisse être différencié par secteurs d'activité. En revanche, son souhait de voir l'indicateur relatif à l'évaluation de l'assiette fraudée transféré sous l'objectif d'amélioration de la gestion financière et du recouvrement a été satisfait. Plus généralement, il avait toutefois estimé nécessaire une meilleure séparation de l'évaluation des fonctions de recouvrement et de gestion financière, correspondant à deux métiers très différents : deux sous-objectifs distincts sont désormais distingués.

B. LES DIFFICULTÉS PERSISTANTES DES FINANCES SOCIALES

2007, 2008-2011 ou 2050 : où que se porte le regard du rapporteur, il ne voit guère de perspectives encourageantes.

1. Les perspectives à court terme ne sont pas bonnes

Sans vouloir anticiper sur les développements qu'il y consacrera dans son commentaire de l'article 3, le rapporteur observe que le dérapage des comptes du présent exercice est avéré : au lieu des 10,7 milliards d'euros prévus en loi de financement pour 2007, le déficit serait aggravé de plus de 3 milliards d'euros, pour atteindre 14 milliards d'euros, retrouvant ainsi quasiment le niveau de 2005.

La croissance de la masse salariale demeure pourtant soutenue : sur les douze derniers mois, la hausse du salaire moyen de base s'élève ainsi à 2,7 %, contre 2,9 % un an auparavant. Mais l'accélération des départs à la retraite et la reprise de la progression des dépenses de maladie, en hausse de 3,9 % sur les huit premiers mois de 2007 pour le régime général, expliquent l'essentiel de la détérioration des comptes pour l'année en cours.

La persistance de l'amélioration de la situation de l'emploi permet heureusement d'envisager le rétablissement des comptes du Fonds de solidarité vieillesse et de l'UNEDIC, qui, n'ayant pas vocation à dégager une capacité de

financement, pourraient voir une partie de leurs moyens réaffectés à d'autres priorités.

2. Les perspectives à moyen terme ne sont guère meilleures

Le rapporteur commentera ultérieurement l'annexe B, qui décrit pour quatre exercices (2008-2011) l'évolution des grandes masses financières pour les régimes de sécurité sociale et les fonds qui contribuent à son financement (*cf. infra* article 8). Il se bornera à souligner ici que malgré des hypothèses volontaristes en termes de croissance du PIB et de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), le retour à l'équilibre ne peut être envisagé, toutes choses égales par ailleurs, qu'en toute fin de période.

En d'autres termes, en l'absence de mesures venant contrer cette tendance, les déficits continueraient de s'accumuler pendant trois ou quatre années, posant de manière encore plus aiguë la question du traitement de la dette.

3. Les perspectives à long terme n'incitent pas davantage à l'optimisme

Rien de plus inéluctable que les tendances démographiques. Celle de la France, comme de tous les pays développés, est le vieillissement. Nous savons donc déjà qu'à l'horizon 2050, son impact sur nos finances publiques équivaldra à 3,2 points de PIB : 57 milliards d'euros de 2007, autrement dit l'équivalent de 10 points de TVA ou du montant de l'impôt sur le revenu.

Tel est le diagnostic porté par le Conseil d'orientation des finances publiques dans son premier rapport (février 2007), présenté par M. Gilles Carrez et fondé sur les estimations du Conseil d'orientation des retraites (COR) mais aussi des organisations européennes. Les incidences du vieillissement sur nos systèmes sont donc connues : retraites (2 points de PIB), bien sûr, mais aussi santé (1,8 point) et dépendance (0,2 point), dont l'évolution n'est que peu corrigée par la baisse des dépenses d'éducation (0,5 point) et d'indemnisation du chômage (0,3 point).

Comme l'a fort opportunément rappelé M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, au cours de son audition par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales le 12 septembre dernier, « *faire reposer le rééquilibrage spontané des comptes sociaux sur l'amélioration de la croissance économique serait un pari risqué* ». Dès lors, pour le rapporteur, la solution s'impose : le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 doit constituer un moment fondateur, destiné à entamer le redressement qui doit conduire, à l'horizon 2012, à un équilibre solide des finances sociales comme des finances publiques en général, afin d'aborder dans les meilleures conditions les défis démographiques et leurs conséquences.

II.- LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2008 ÉTABLIT LES FONDATIONS DE LA POLITIQUE QUI DEVRA ÊTRE POURSUIVIE TOUT AU LONG DE LA LÉGISLATURE

Le rapporteur s'inscrit en faux contre ceux qui ne verraient dans le présent projet de loi qu'un « PLFSS de transition ». Le volume du texte déposé le 11 octobre dernier (soixante-douze articles, contre soixante et onze l'an passé) et l'ampleur des débats en commission suffiraient à prouver le contraire, mais le contenu et l'ambition de ce texte paraissent tels qu'il convient bien mieux de le qualifier de fondateur, car il trace, pour chacune des branches, les principales orientations qui devront être poursuivies et, bien entendu, complétées afin d'atteindre un équilibre durable au terme de la législature.

A. UN PROJET DE LOI DE FINANCEMENT FONDATEUR

Le présent projet de loi de financement s'inscrit dans un nouvel élan : non seulement il bénéficie d'une organisation institutionnelle renouvelée, mais il traduit le fait que chaque branche est marquée par des évolutions profondes.

1. Vers une nouvelle architecture institutionnelle

Différents éléments concourent à une amélioration de l'élaboration, de la discussion et du contrôle de la loi de financement, montrant une articulation croissante entre lois de financement et lois de finances ainsi que le rôle croissant de la Cour des comptes dans ce domaine.

a) Le ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique

Pour la première fois de son histoire, la Commission des comptes de la sécurité sociale s'est réunie, en septembre dernier, à Bercy. S'il ne souhaite pas nécessairement que toutes ses réunions s'y tiennent, le rapporteur a néanmoins salué cette innovation, non seulement parce qu'il a apprécié le débat mesuré et de qualité qui s'est engagé à cette occasion, mais parce qu'elle est bien évidemment riche de significations.

À la faveur de la nouvelle législature, la responsabilité des comptes publics a en effet été confiée à un seul ministre, chargé à la fois du budget et des finances sociales.

L'article 1^{er} du décret n° 2007-1003 du 31 mai 2007 relatif aux attributions du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique prévoit qu'outre les attributions dont il dispose traditionnellement, le cas échéant avec d'autres ministres, au titre du budget, des finances (comptabilité publique, domaine, impôts, cadastre, publicité foncière, douanes et droits indirects, contrôle

économique et financier, finances locales) ou de la fonction publique (pensions), *« il est chargé, en liaison avec le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité et le ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale et en suit l'exécution. Il est responsable de l'équilibre général des comptes sociaux et des mesures de financement de la protection sociale. »*

Le V de l'article 4 du même décret précise que pour l'exercice de ses attributions relatives aux comptes sociaux, il a *« autorité conjointe avec le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité et le ministre de la santé, de la jeunesse et des sports sur la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et sur la direction de la sécurité sociale »*.

C'est donc lui qui, au nom du Premier ministre, présente désormais le projet de loi de financement de la sécurité sociale, même si le ministre du travail des relations sociales et de la solidarité, assisté de la secrétaire d'État chargée de la solidarité, d'une part, et la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, d'autre part, continuent donc d'exercer pleinement leurs attributions.

Le rapporteur salue une évolution logique, conséquence d'une appréciation décloisonnée, et donc plus efficace, de l'ensemble de nos finances publiques, consécutive à l'engagement de la France dans l'Union européenne. Il n'est pas surprenant, dès lors, que les interactions entre loi de financement et loi de finances se multiplient.

b) De nombreuses interactions entre loi de financement et lois de finances

Le rapporteur aura l'occasion d'y revenir en détail dans son commentaire des différents articles : un nombre croissant de dispositions des lois de finances intéresse la loi de financement. C'est le cas, cet automne, de la principale mesure de recettes dont bénéficient les finances sociales en 2008, provenant de l'institution de la retenue à la source sur les dividendes au titre de la CSG (article 6 du projet de loi de finances), ou des nouvelles affectations de recettes fiscales à la sécurité sociale afin de compenser la réduction de cotisations sociales sur les heures supplémentaires et complémentaires ainsi que les allègements généraux de cotisations patronales (articles 28 et 29 du projet de loi de finances).

La loi de finances rectificative pour 2007 traduira en outre le remboursement par l'État de ses dettes envers la sécurité sociale au 31 décembre 2006, soit 5,1 milliards d'euros. Cette dette n'est d'ailleurs que la conséquence d'une imbrication étroite entre l'État et la sécurité sociale, certaines politiques étant cofinancées ou partagées entre ces deux entités.

Cela étant, ainsi que le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique le relevait devant la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier, la question de la dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale est un *« débat stérile, parce que neutre pour nos finances*

publiques ». Cette approche, tout à fait pertinente au regard des critères européens, doit toutefois être tempérée par le jeu de la responsabilité de deux acteurs autonomes, c'est-à-dire le respect de la démocratie sociale.

Jusque dans son adoption postérieure à celle de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), la loi organique de 2005 relative aux lois de financement (LOLFSS) illustre en outre le mimétisme traditionnel des lois de financement vis-à-vis des lois de finances et, au-delà, une véritable convergence en termes aussi bien de logique globale que d'instruments.

À la demande du comité des finances publiques, les inspections générales des affaires sociales et des finances ont remis le 23 mars dernier un rapport sur l'articulation entre les finances de l'État et celles de la sécurité sociale. Le constat est d'abord celui d'un progrès dans la coordination de la préparation des deux textes : les prévisions tendanciennes des comptes sont élaborées en commun entre les administrations financières et à partir des prévisions des caisses de sécurité sociale ; les hypothèses macro-économiques utilisées sont les mêmes pour les deux exercices budgétaires ; les sujets d'intérêt commun, notamment sur la budgétisation des prestations sociales et de la compensation des exonérations financées par le budget de l'État, sont discutés en amont entre la direction de la sécurité sociale et la direction du budget.

Au-delà, le rapport présente des propositions pour permettre d'améliorer les modes de gouvernance et rapprocher les stratégies et processus entre les finances de l'État et les finances sociales. Bien entendu, l'institution d'un ministère chargé des comptes publics participe de cette orientation, permettant d'assurer une préparation coordonnée des projets de lois de finances et de financement. Les hypothèses de recettes et les mesures sur les prélèvements obligatoires ont ainsi été décidées de manière cohérente et les contenus des annexes 5 (compensation des exonérations de cotisations sociales) et 6 (modification des périmètres d'intervention entre la sécurité sociale et les autres administrations publiques) au présent projet de loi, d'une part, et du « jaune » budgétaire « Bilan des relations financières entre l'État et la protection sociale » annexé au projet de loi de finance, d'autre part, ont été renforcés et élaborés en commun entre la direction du budget et la direction de la sécurité sociale.

Compte tenu de ces différents éléments, faut-il pour autant envisager une fusion de tout ou partie des deux textes ? S'agissant tout du moins des charges, la nature très différente de l'autorisation budgétaire et de la dépense sociale rend sans doute cette perspective encore lointaine. S'agissant en revanche des recettes, le rapporteur constate que la question présente davantage de pertinence.

c) La contribution essentielle de la Cour des comptes

Au fil des années, la mission d'assistance au Parlement que le dernier alinéa de l'article 47-1 de la Constitution assigne à la Cour des comptes dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale a pris toute

sa signification. Le rapporteur tient à saluer, au-delà de la traditionnelle qualité des travaux de la Cour, l'excellente coopération qui s'est établie avec l'Assemblée nationale et, plus particulièrement, avec la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Deux rendez-vous annuels sont désormais fixés entre les deux institutions : la présentation du rapport sur la certification des comptes, en juin, et le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, en septembre. C'est, à chaque fois, l'occasion, pour le premier président de la Cour des comptes et les commissaires, d'entretenir un échange riche et constructif.

La certification des comptes faisant l'objet de plus amples développements dans le commentaire de l'article 23 (*cf. infra*), le rapporteur insistera sur le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, qui frappe peut-être encore davantage cette année par sa capacité à contribuer à éclairer et à enrichir le débat parlementaire. Cette impression tient avant tout à la pertinence des thèmes d'analyse retenus par la Cour. Car loin d'être un exercice comptable ou abstrait, le rapport fournit des informations et une approche très précieuses sur de grands sujets d'actualité : les « niches sociales », l'ONDAM, la fiabilité des comptes des hôpitaux, la gouvernance de l'assurance maladie, la situation des médecins libéraux, la dépense de médicaments, les aides publiques aux familles, l'avenir du régime agricole – la Cour se place au cœur des problématiques les plus sensibles de notre protection sociale.

On comprendra donc aisément que le rapporteur s'y réfère souvent tout au long du présent rapport. Cela étant, il est souvent reproché aux pouvoirs publics de ne pas donner de suites aux recommandations de la Cour des comptes. C'est pourquoi l'article 4 de la loi de financement pour 2003 a prévu que « *chaque année avant le 15 juillet, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport qui présente les suites données à chacune des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* ».

Le rapport relatif aux suites données aux recommandations de la Cour des comptes sur l'application de loi de financement pour 2005 a ainsi été déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 17 septembre dernier. Le rapporteur se félicite que certaines de ces recommandations aient trouvé leur traduction dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (délégation de tâches aux infirmiers libéraux), dans le présent projet de loi (répartition géographique de l'offre de soins infirmiers), dans le projet de loi de finances pour 2008 (modification des règles de prise en compte des aides personnelles au logement dans les ressources des demandeurs de la couverture maladie universelle complémentaire) ou dans d'autres textes (dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale, facturation et codage des produits pharmaceutiques rétrocedés).

2. Les grandes lignes du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

Avant même de songer à écoper, il faut s'assurer de la solidité du navire : assainir la situation pour que soit ensuite trouvée une solution au cumul des déficits, c'est ce que fait le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Emploi des seniors, maîtrise des dépenses en médecine de ville et tarification à l'hôpital : ses principales dispositions constituent le point de départ d'évolutions fondamentales dans chacun de ces domaines.

a) Une vraie politique pour l'emploi des seniors

Au cours de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, un amendement du gouvernement au texte élaboré par la commission mixte paritaire avait exonéré de prélèvement social et fiscal jusqu'au 1^{er} janvier 2014 les départs négociés à la retraite pour les seules branches qui ont passé un accord de mise à la retraite d'office avant 65 ans. Le rapporteur, qui était alors rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, s'était opposé à titre personnel à cet amendement, qui lui paraissait aller à l'encontre de plusieurs des éléments de la réforme des retraites de 2003 : le souci que les Français prolongent leur activité au-delà de ce qui est strictement nécessaire à l'heure actuelle pour obtenir sa retraite à taux plein, via le dispositif incitatif de la surcote, mais aussi le plan pour l'emploi des seniors, résultant pourtant d'un consensus entre l'ensemble des partenaires sociaux.

Nonobstant le coût de la prolongation d'un tel avantage, ce nouveau dispositif d'exonérations était en effet porteur d'inégalités, car réservé *de facto* aux salariés de certaines entreprises – généralement les plus grandes – appartenant à un nombre limité de branches, excluant les salariés des entreprises qui n'avaient pas signé de tels accords de branches.

Le rapporteur ne peut donc que se féliciter que l'article 10 du présent projet de loi – au commentaire duquel il renvoie pour de plus amples précisions – revienne sur la mise à la retraite d'office, même s'il souhaite, plutôt que son maintien de 2010 à 2014 avec un alignement de son régime fiscal et social sur celui des indemnités de départ volontaire à la retraite, que soit purement et simplement supprimé le départ avant 65 ans avec l'accord de l'employeur.

L'article 10 augmente par ailleurs le taux de la contribution patronale sur les avantages de préretraite d'entreprise et en aligne le régime sur celui des revenus d'activité. Enfin, les indemnités de mise à la retraite, seront soumises à une nouvelle contribution patronale.

La voie est donc clairement tracée s'agissant de l'emploi des seniors, donnant toute sa mesure au plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors présenté le 6 juin 2006.

b) Des mesures structurantes pour la médecine de ville

Plusieurs dispositions du présent projet de loi constituent autant d'avancées qui devraient contribuer à un redressement structurel des comptes de l'assurance maladie : amélioration des pratiques, incitations à la prescription de génériques, fixation en volume des objectifs de maîtrise des dépenses (article 30), nouveaux modes de rémunération pour les médecins (article 31), négociations sur la répartition géographique des infirmiers libéraux (article 32) et des médecins, auxquelles seront associés, pour ces derniers, les représentants des internes (article 33). Les bases sont ainsi jetées pour une évolution significative de notre système de soins.

Le rapporteur salue en outre le renforcement de la mission médico-économique de la Haute autorité de santé (article 29), même s'il souhaite qu'elle puisse s'investir davantage, par des analyses plus que par de simples avis. Il plaide par ailleurs pour que l'information des patients sur les dépassements d'honoraires (article 28).

c) Une réforme capitale pour les hôpitaux

L'article 42 du présent projet de loi met en place le passage à la tarification intégrale à l'activité. Sans entrer dans les détails d'un dispositif dont la grande complexité ne doit pas dissimuler l'importance essentielle, le rapporteur considère qu'au-delà d'une simple rationalisation des tarifs, il doit permettre la réorganisation du secteur hospitalier et que l'alignement qu'il implique devra se faire sur les établissements les plus performants, quitte à prévoir des adaptations en termes de calendrier de mise en œuvre.

Par ailleurs, il suggère que l'instauration d'une « période d'observation » et le renforcement de la « procédure d'alerte » en médecine de ville (article 25) – toute mesure conventionnelle ayant pour objet une revalorisation des rémunérations n'entre en vigueur qu'au terme d'un délai de six mois – soit transposé aux dépenses des hôpitaux.

3. Aller plus loin dans la justice sociale

Aussi satisfaisant paraisse-t-il au rapporteur, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale peut encore aller plus loin. Il n'est pas illogique de demander à 45 millions de nos concitoyens de contribuer au redressement de l'assurance maladie au travers de la mise en place de franchises (article 35) qui seront précisément « fléchées » – le gouvernement s'y est clairement engagé – vers de grandes causes de santé publique (maladie d'Alzheimer, cancer et soins palliatifs). Dès lors, il n'est pas non plus anormal de demander une plus grande justice, tant dans la participation au financement de la protection sociale que dans le respect par les intéressés des règles en matière d'assujettissement aux prélèvements aussi bien que de versement des allocations ou prestations.

a) Réduire les « niches sociales »

Dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (septembre 2007), la Cour des comptes met en lumière divers dispositifs réduisant l'assiette des prélèvements sociaux. Parmi ceux-ci, les exonérations dont bénéficient les stock-options et les attributions gratuites d'actions ont tout particulièrement retenu l'attention, tant par l'importance des montants en cause – la Cour évalue en effet à 3 milliards d'euros par an la perte de recettes nette pour le régime général – que par le petit nombre de bénéficiaires (100 000) : le coût par salarié concerné s'élèverait ainsi à 30 00 euros par an, avec une très forte concentration sur les cinquante ou cent premiers bénéficiaires.

Au-delà de la controverse sur les chiffres, il reste que la progression de l'assiette des prélèvements sociaux est significativement plus lente que celle des nombreuses modalités de rémunération qui n'y sont pas assujetties. À cet égard, si les stock-options ne sont pas le seul dispositif ayant pour conséquence d'importantes pertes d'assiette pour les régimes sociaux, elles sont en revanche sans nul doute celui qui donne lieu au plus d'abus, lorsque l'on constate par exemple qu'une grande entreprise française de dimension internationale a consenti près de 25 % du total de ses options à un même bénéficiaire.

Bien entendu, le souci de laisser perdurer de telles anomalies doit se concilier avec celui de ne pas porter atteinte à l'attractivité fiscale et sociale de notre pays. Mais les comparaisons internationales montrent que la France est l'un des rares États à ne pas assujettir ces compléments de salaire dans les conditions de droit commun, c'est-à-dire comme une rémunération.

Le rapporteur est donc favorable à une taxation équilibrée des stock-options et des attributions gratuites d'actions, qui soit à la fois socialement juste et économiquement soutenable.

La « vie » d'une stock-option se déroule en trois temps : attribution de l'option par l'employeur, exercice de l'option (c'est-à-dire acquisition des actions) par le salarié et cession des actions. Une solution consisterait à augmenter le prélèvement au moment de la cession du titre, c'est-à-dire à frapper la plus-value. Elle serait cependant brutale et d'un rendement différé, remettant par ailleurs en cause un dispositif qui, à ce stade, paraît équilibré.

Il est en revanche préférable d'intervenir en amont, au moment de l'attribution des options, ce qui présente en outre l'avantage de générer des recettes pour la sécurité sociale dès la première année d'application.

La réflexion sur le régime des stock-options doit être impérativement complétée par un réaménagement du régime des attributions gratuites d'actions, un mécanisme de rémunération annexe plus récent mais qui, en raison de son fonctionnement proche de celui des stock-options, pourrait le remplacer et vider de sa portée l'assujettissement de celles-ci s'il ne faisait pas en même temps l'objet d'une taxation comparable. En effet, ainsi que l'observe la Cour des

comptes, l'attribution gratuite d'actions « *pourrait à terme se substituer partiellement aux plans d'options à coût identique pour l'entreprise, avec une équivalence d'une action pour quatre ou cinq options* ».

Le rapporteur propose donc d'instituer une contribution patronale d'un taux de 2,5 %, affectée aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie, calculée sur le prix de souscription des actions sous-jacentes aux options consenties au cours d'une année ou de 10 % sur la valeur des actions attribuées gratuitement.

Les taux de cette contribution, dont le recouvrement, le contrôle et le régime contentieux seraient alignés sur ceux applicables à la taxe sur les versements des employeurs pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance, visent à tenir compte de la différence de nature entre les stock-options et les attributions gratuites d'actions.

Mais comme pour toute rémunération, la contribution patronale doit avoir une contrepartie salariale. Il serait bien évidemment excessif d'assujettir la plus-value d'acquisition à la part salariale des cotisations sociales, mais par souci de symétrie, le rapporteur propose la création d'une contribution salariale dont le taux serait également de 2,5 %.

b) Renforcer les contrôles et la lutte contre la fraude

Le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique a reçu, le 11 octobre dernier, une lettre de mission du Président de la République et du Premier ministre lui demandant d'engager une politique de lutte systématique contre toutes les fraudes et pratiques abusives. Le système de protection sociale est l'une des principales victimes de ces pratiques : fraudes aux prélèvements obligatoires, y compris travail dissimulé, mais aussi aux prestations sociales.

À cette fin, une nouvelle organisation administrative sera mise en place. Présidé par le Premier ministre, le Comité national de lutte contre la fraude (CNLF) verra ses attributions, sa composition et son fonctionnement réformés : il aura notamment pour mission de répertorier et d'évaluer les diverses formes de fraude et de faire toutes propositions dans ce domaine. Pour en assurer le secrétariat, une Délégation nationale de lutte contre la fraude (DNLF), placée auprès du ministre, sera créée et héritera des attributions de la Délégation interministérielle de lutte contre le travail illégal (DILTI), qui sera dissoute. La DNLF assurera également le secrétariat de la Commission nationale de lutte contre le travail illégal, présidée par le ministre chargé du travail.

Il n'est donc pas surprenant que le présent projet de loi comprenne un important volet consacré aux contrôles et à la fraude. Le but n'est pas ici de stigmatiser qui que ce soit, mais simplement de faire en sorte que chacun respecte la loi et que l'emploi de ces fonds publics soit d'autant plus irréprochable que la situation des finances sociales n'est pas bonne.

Les mesures proposées portent d'abord sur les prestations proprement dites, leur commentaire figurant par conséquent dans le tome 2 du présent rapport, présenté par M. Jean-Pierre Door :

- renforcement du contrôle des arrêts de travail (article 66) ;
- extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État (article 70).

Par ailleurs, trois articles, commentés dans le présent tome 1 (*cf. infra*), permettent de mieux détecter et réprimer les fraudes : recueil et utilisation par les caisses d'allocations familiales des informations détenues par les administrations fiscales (article 67), assujettissement forfaitaire des employeurs et communication aux organismes de recouvrement des procès-verbaux dressés par les autres services de contrôle en cas de travail dissimulé, autorisant en même temps le recouvrement systématique des redressements ainsi transmis (article 68) ; extension du champ des organismes auprès desquels les caisses de sécurité sociale disposent d'un droit de communication (article 69).

Le rapporteur approuve bien évidemment ces différentes mesures, mais il propose de les compléter par deux amendements portant articles additionnels : l'un tend à reconnaître aux organismes de sécurité sociale le droit d'intenter une procédure devant une juridiction pénale pour la défense des intérêts afférents aux missions que la loi leur confie ; l'autre étend les compétences des caisses nationales d'assurance maladie afin qu'elles puissent agir directement dans la recherche de fraudes ou d'abus ainsi que dans les actions judiciaires en découlant.

B. POURSUIVRE LES RÉFORMES DE STRUCTURE

Première étape, fondatrice, d'un retour à l'équilibre à l'horizon 2010-2012, les réformes engagées par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 devront être prolongées tout au long de la législature. Le gouvernement a déjà annoncé l'ouverture de nombreux chantiers, que le rapporteur souhaiterait voir complétés par quelques autres thèmes de réflexion.

1. Les chantiers ouverts par le gouvernement

Outre la transposition de la réforme de la gouvernance de la branche maladie à la branche famille, tendant à la création d'un conseil d'orientation des politiques familiales, plusieurs axes importants ont d'ores et déjà été tracés : le financement, les retraites et le régime des non-salariés agricoles.

a) La réforme du financement de la protection sociale

2008 sera notamment l'année du débat sur la réforme du financement, après que le Conseil économique et social aura remis son rapport sur cette question.

Le débat sur la « TVA sociale » n'a pas nécessairement permis de clarifier les termes de la remise à plat des mécanismes de financement de la protection sociale qui sera à l'ordre du jour durant les prochains mois. « TVA sociale », « TVA pouvoir d'achat » ou « TVA emploi », le rapporteur, à tout prendre militerait davantage pour une « TVA compétitivité » afin de diminuer les charges des entreprises : en fait, il n'est question que de transferts, l'ordre de grandeur étant que 5 points de TVA permettraient d'effacer les cotisations famille (un peu plus de 30 milliards d'euros), voire une partie des cotisations maladie (65 milliards d'euros) à la charge des entreprises.

Car l'essentiel du problème est ici : il s'agit d'ordonner le financement du système selon ce qui relève du contributif et ce qui relève de la solidarité. Dans cet esprit, schématiquement, les prestations sociales liées au travail (vieillesse, chômage) doivent continuer à être financées par les entreprises. En revanche, la logique voudrait que les prestations relevant de la solidarité (maladie, famille) ne soient plus liées à l'employeur, sinon pour une contribution correspondant à cet effort de solidarité.

Le rapporteur estime donc que l'un des objectifs de la réforme du financement de la protection sociale sera d'introduire des principes simples permettant d'identifier à nouveau clairement les responsabilités.

b) La réforme des régimes spéciaux de retraite et le « rendez-vous retraites »

Discours du Président de la République le 18 septembre, débats à l'Assemblée nationale et au Sénat les 2 et 3 octobre, cycles de concertation menés par le ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité : la réforme des régimes spéciaux de retraite est lancée, ni par volonté d'opposer différentes catégories de Français, ni par envie de stigmatiser de quelconques privilèges, mais simplement par souci d'équité. Car il n'était plus tolérable que les réformes de 1993 et de 2003 s'arrêtent à la porte des régimes spéciaux et que l'État et les personnes publiques pour lesquels la plupart de leurs ressortissants travaillent soient les derniers à donner l'exemple.

Le document remis par le ministre le 10 octobre dernier aux partenaires sociaux garantit un « socle de principes communs » d'harmonisation des régimes spéciaux sur le régime de la fonction publique :

- progressivité de l'entrée en vigueur de la réforme ;
- harmonisation de la durée de cotisation, portée de 37,5 ans à 40 ans en 2012, à raison de deux trimestres par an ;
- liberté du choix de l'âge de départ à la retraite ;
- introduction progressive d'une décote et d'une surcote ;

- référence au salaire des six derniers mois pour le calcul de la pension ;
- maintien des dispositions relatives aux bonifications pour les agents recrutés avant le 31 décembre 2008.

D'autres éléments seront en revanche soumis à la négociation de branche ou d'entreprise, comme la prise en compte de la spécificité des métiers, l'emploi des seniors, les compléments de retraite, la réduction des durées minimales de service exigées pour bénéficier du régime spécial, les possibilités de rachat de cotisations, les avantages familiaux et conjugaux, le handicap et l'invalidité. Lorsqu'un accord aura été trouvé sur des thèmes relevant du domaine réglementaire, le gouvernement le traduira dans les textes correspondants.

Avec les mesures pour l'emploi des seniors prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (*cf. supra*), la réforme des régimes spéciaux constituait l'un des préalables à la tenue du « rendez-vous retraites » fixé par l'article 5 de la loi de 2003. Les discussions avec les partenaires sociaux commenceront début 2008, mais la réforme est préparée dès cet automne par une série de rapports et de réunions : la commission de garantie des retraites, chargée par la d'ajuster la durée de cotisation en fonction des conditions économiques et démographiques, s'est réunie le 3 octobre.

Ainsi que l'a rappelé son président, M Raphaël Hadas-Lebel, entendu par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales le 26 septembre dernier, le Conseil d'orientation des retraites (COR) doit établir un rapport pour éclairer le gouvernement, qui doit remettre au Parlement, au plus tard le 31 décembre prochain, un rapport établissant ses orientations pour le rendez-vous de 2008. Ce document portera essentiellement sur quatre thèmes : l'évolution du taux d'activité, de la situation financière des régimes, de la situation de l'emploi et d'un certain nombre de paramètres de financement de l'assurance vieillesse.

Entre-temps la conférence de revalorisation des pensions se sera réunie afin d'étudier l'évolution du pouvoir d'achat des retraités sur les dernières années.

À l'occasion d'un colloque tenu le 25 septembre dernier à l'occasion des soixante ans de l'AGIRC, le Premier ministre a avancé cinq thèmes de discussion : l'équilibre financier des régimes de retraite, l'âge et le travail, la révision du dispositif pour les carrières longues, l'objectif minimum de pension ainsi que les avantages familiaux et conjugaux. En tout état de cause, conformément à la loi de 2003, la durée de cotisation passera de 40 à 41 ans entre 2009 et 2012.

c) Le « bouclier sanitaire »

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 institue de nouvelles franchises, mais le rapporteur est favorable à des mesures plus structurantes pour l'assurance maladie. En ce sens, il se félicite qu'une mission sur le « bouclier sanitaire » ait été confiée dès le 10 juillet dernier à MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard, qui ont remis leur rapport aux ministres le 28 septembre.

Le « bouclier sanitaire » a pour objectif d'instituer un plafond des restes à charge supportés par les patients sur la dépense remboursable. En dessous du seuil, les tickets modérateurs et participations forfaitaires resteraient à la charge de l'assuré ; au-delà, l'assurance maladie lui garantirait une couverture intégrale. Le bouclier ne s'applique qu'à la dépense remboursable : les restes à charge liés à des dépassements tarifaires n'entrent donc pas dans son champ.

Le rapport met en avant les atouts d'une telle réforme. Elle permettrait une meilleure protection pour certains ménages, notamment de revenus modestes, un ciblage plus équitable de la prise en charge à 100 %, l'amélioration du suivi des malades chroniques et la simplification des prises en charge. Elle serait également susceptible de garantir durablement un meilleur pilotage de l'évolution des dépenses d'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des assurés. S'agissant d'une éventuelle modulation du plafond en fonction du revenu, une telle inflexion des mécanismes actuels de solidarité de l'assurance maladie pourrait être admissible dès lors que pour la grande majorité des assurés (80 % dans le scénario de référence), les conditions de remboursement seraient les mêmes quel que soit le revenu des ménages.

Les effets les plus directs du bouclier sanitaire seraient centrés sur les 8 % de nos compatriotes dépourvus d'une assurance complémentaire, souvent des ménages modestes. Pour les autres, le bouclier n'apporterait pas *a priori* d'avantages : les risques de reste à charge importants sont davantage centrés sur les dépassements tarifaires et les besoins en dehors du périmètre du remboursable. Le rapport ajoute toutefois que des conséquences indirectes positives seraient envisageables, notamment la réduction de la forte modulation des tarifs des complémentaires en fonction de l'âge.

Le rapport souligne les importants travaux techniques nécessaires à la mise en place du bouclier. Dès lors, ce n'est qu'à partir du 1^{er} janvier 2010 qu'un tel projet pourrait être opérationnel. En outre, faute de données suffisantes précises, il n'a pas été possible d'analyser avec une rigueur suffisante les restes à charge hospitaliers, ce qui confirme la nécessité de mener des expertises complémentaires.

Ces réflexions s'inscrivent dans le travail qu'entend mener le gouvernement, à la suite des orientations fixées par le Président de la République sur la place de la solidarité et de la responsabilité individuelle. D'importants travaux avec l'ensemble des acteurs du système de soin, y compris les complémentaires santé, seront menés au premier semestre de 2008. La question de la modulation du plafond en fonction des revenus pourra ainsi faire l'objet d'une concertation avec les partenaires sociaux, les organismes complémentaires et les associations de patients. Les échanges porteront également sur les alternatives présentées dans le rapport et tendant à assurer une meilleure prise en charge des dépenses de santé des plus modestes. Il s'agit en particulier du renforcement de l'aide à la complémentaire santé ou de la refonte des restes à charge hospitaliers.

d) Le sauvetage du régime des non-salariés agricoles

Les articles 1^{er}, 3, 8, 18, 21, 24 et 72 du présent projet de loi permettent de prendre la mesure des recettes, des dépenses, des soldes et des besoins de trésorerie du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) en 2006, en 2007 et en 2008 ainsi que de leur évolution pluriannuelle : votre rapporteur renverra donc au commentaire de ces articles. Un seul chiffre suffit d'ailleurs à se convaincre de l'urgence qu'il y a désormais à agir dans ce domaine : le déficit cumulé du fonds atteindrait plus de 18 milliards d'euros en 2011.

Ce n'est pas que le déficit constitue une raison de supprimer un fonds de financement : de tels fonds introduisent en effet par leur existence même des éléments de vertu dans le système de financement de la sécurité sociale, à commencer par la transparence, puisque les déficits sont ainsi rendus plus visibles et que ces fonds sont dotés d'un conseil de surveillance comprenant notamment des parlementaires.

En outre, en assurant l'individualisation de dépenses particulières, ces fonds – et c'est tout particulièrement le cas du FFIPSA à l'égard des agriculteurs – répondent à une logique de solidarité, laquelle constitue l'un des fondements essentiels de notre sécurité sociale.

Cela étant, il n'est pas admissible que l'autorisation de découvert du fonds soit désormais équivalente à la moitié des dépenses du régime des exploitants agricoles. Cet état de fait paraît d'autant moins acceptable que la Cour des comptes, dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre dernier, met en lumière de nombreuses anomalies : la nécessité d'effectuer des gains de productivité et de réformer la tutelle sera évoquée, *infra*, au moment d'examiner l'article 65 du présent projet de loi, qui renforce les pouvoirs de la Caisse centrale de la MSA. La manière dont le FFIPSA gère sa trésorerie, également contestée par la Cour, sera, quant à elle, abordée au moment d'examiner l'article 24, qui fixe le plafond des ressources non permanentes auxquelles certains régimes sont autorisés à recourir.

Bien entendu, le déséquilibre entre les recettes et les dépenses du régime des exploitants agricoles tient à une démographie et à un niveau de revenu défavorables. Le rapporteur observe cependant que la Cour des comptes, analysant les différents facteurs qui jouent sur l'assiette de ce régime, la qualifie de « minorée » au regard de l'appréciation à porter en termes de parité avec les cotisants des autres régimes.

Parmi les facteurs de « mitage » de l'assiette sociale, la Cour relève les dérogations à des dispositions réglementaires par simple courrier du ministre chargé de l'agriculture aux caisses de MSA, mais aussi l'importance de l'imposition au forfait (42 % des exploitations assujetties), dont la gestion est coûteuse alors même que ce type de système conduit généralement à minorer le

niveau d'imposition, et l'évasion du régime réel par le biais de la forme sociétaire. Enfin, certaines déductions (pour investissement, pour aléas, primes communautaires, ...) et exonérations, notamment pour les jeunes agriculteurs, viennent encore affaiblir l'assiette, alors même que la Cour note, à propos des actions de recouvrement des caisses de MSA, qu'elles sont « perfectibles ».

Le rapporteur est convaincu que la solidarité nationale doit bien évidemment continuer de jouer en faveur du régime des exploitants agricoles et qu'il n'est pas admissible que l'État s'exonère, malgré les dispositions de l'article L. 731-4 du code rural, du versement de la subvention d'équilibre. Cela étant, l'indispensable réforme de ce régime ne devra pas faire l'impasse sur une augmentation de l'effort contributif de ses ressortissants. En effet, ainsi que l'a bien montré le rapport présenté, en son nom personnel, par M. Jean-François Chadelat en juin 2006, suite à la réunion d'un groupe de travail sur la question, toute solution devra s'appuyer sur trois piliers : l'État, la solidarité, par la voie de la compensation, et les agriculteurs, même si leurs cotisations ne constituent aujourd'hui que 17 % des ressources du régime.

C'est d'ailleurs la voie qu'a choisie le gouvernement : dans un courrier adressé le 3 octobre dernier au président (démissionnaire) du conseil d'administration du FFIPSSA, le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique affirme d'abord son souci de trouver un financement pérenne de la protection sociale des agriculteurs. De fait, les déficits du fonds n'ont pas de valeur par eux-mêmes : ce qu'ils montrent, c'est l'urgence qu'il y a désormais à agir pour le régime agricole.

Soumis à la concertation en 2008, le schéma tracé par le ministre distingue la branche vieillesse de la branche maladie. Pour la première, relevant de la solidarité nationale, « *l'État prendra sa responsabilité en assurant l'équilibre par des taxes affectées* ». Pour la seconde, relevant de la protection sociale, le Gouvernement dit examiner une solution consistant en un adossement financier de cette branche à la CNAM, en affectant à celle-ci des ressources supplémentaires et « *en définissant des règles de gouvernance respectueuses des spécificités du monde agricole* ».

Au demeurant, un tel adossement, purement financier, ne remettrait pas nécessairement en cause le rôle local des caisses de MSA, même si leurs coûts de gestion sont sensiblement plus élevés. En revanche, comme le souligne le rapport des inspections générales des affaires sociales, de l'agriculture et des finances sur le régime de protection des non-salariés agricoles (avril 2005), « *un éventuel rapprochement du régime de protection sociale des exploitants agricoles avec un autre régime nécessiterait de s'assurer de la parité des contributions* ».

Le rapporteur se félicite que l'on semble ainsi enfin sortir d'un *statu quo* confortable pour l'ensemble des parties prenantes mais observe toutefois qu'il restera par ailleurs à régler, comme pour le régime général, la question du déficit cumulé, lequel se monterait à 7,7 milliards d'euros fin 2008.

2. Quelques autres pistes

Parallèlement à ces grandes réformes, le rapporteur souhaite que quelques autres pistes plus ponctuelles, notamment inspirées de recommandations de la Cour des comptes, soient suivies au cours des prochaines années.

a) Les délégations de gestion de l'assurance maladie

Le rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale présenté en septembre 2006 a notamment examiné la délégation de gestion, par des sociétés d'assurance et ou des mutuelles, des prestations d'assurance maladie obligatoire. Une gestion déléguée dont la place dans le système de prise en charge est loin d'être négligeable : elle emploie environ 10 000 personnes et plus d'un bénéficiaire sur six de l'assurance maladie obligatoire est géré par un assureur ou une mutuelle. Ces particularités tiennent principalement à des raisons historiques (fonctionnaires de l'État, exploitants agricoles, professions indépendantes, étudiants), mais les prestations de plus d'un million d'assurés et ayants droit sont gérées par des groupements mutualistes remplissant certaines conditions et habilités par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en qualité de section locale, notamment pour les fonctions publiques territoriale et hospitalière ainsi que les industries électriques et gazières.

La rémunération des organismes délégués se fait à partir du coût moyen des 50 CPAM les plus performantes, duquel est déduit le coût des tâches qu'ils n'assurent pas. Mais d'autres mécanismes, moins adaptés, sont également utilisés et l'absence d'une comptabilité analytique fiable nuit à la transparence des coûts, le mécanisme des remises de gestion ne tenant pas compte des gains de productivité. Globalement, la rémunération des organismes délégués aurait dépassé 550 millions d'euros en 2004, pour un coût par assuré ou bénéficiaire actif allant en moyenne de 45 à 53 euros, mais un coût pour 100 euros de prestations servies s'échelonnant entre 3 euros et 21 euros. Autrement dit, les frais de gestion peuvent atteindre 21 %, ce qui est le cas pour les mutuelles d'étudiants.

Considérant que la délégation offre des avantages limités à l'assuré, dont elle n'accroît pas les possibilités de choix et dont elle n'allège pas toujours les formalités, et qu'elle n'est pas adaptée aux évolutions du pilotage de l'assurance maladie, la Cour des comptes conclut, au vu de l'importance des moyens humains des mutuelles et des CPAM, qu'elle a pour effet « *de se priver de gains de productivité majeurs* ». La CNAM a évalué l'économie d'une reprise par les CPAM en gestion directe de l'ensemble des assurés se traduirait par une économie nette de 250 millions d'euros, estimation que la Cour considère avec prudence, tout en soulignant que « *la dispersion de la gestion entre de multiples structures n'est pas de nature à réduire les dépenses de gestion* ».

La Cour conclut que la gestion déléguée « *ne devrait être maintenue qu'à la triple condition d'une gestion du risque plus effective, de la levée des obstacles à la certification des comptes et de la réduction des coûts* ».

Dans le rapport sur les suites données aux recommandations de la Cour des comptes transmis au Parlement le 17 septembre dernier, le gouvernement indique avoir entamé des négociations avec les mutuelles pour modifier les remises de gestion. Le rapporteur estime qu'il faudra sans doute aller plus loin et remettre en cause certaines de ces délégations.

b) Les cotisations sociales des employeurs publics

Parmi les « niches sociales » identifiées par la Cour des comptes dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, l'État et les employeurs publics figurent hélas en bonne place, pour une perte de recettes qu'elle évalue à près de 4,6 milliards d'euros au titre de leur cotisation patronale famille et maladie.

L'assiette exclut en effet les primes. En outre, en matière de maladie, les employeurs publics bénéficient toujours de taux inférieurs au taux de parité avec le régime général (déduction faite des prestations en espèces). La Cour souligne que « *le fondement de cette exclusion paraît incertain, même si le Conseil d'État en a récemment réaffirmé la validité juridique* ». Elle préconise donc l'alignement des taux et des assiettes des cotisations patronales famille et maladie du secteur public sur ceux du régime général.

S'agissant de la branche famille, l'assiette, telle que définie au second alinéa l'article D. 712-38 du code de la sécurité sociale, est celle des traitements soumis à retenue pour pension. La perte de recettes à ce titre atteindrait, selon la Cour des comptes, environ 1,3 milliard d'euros, dont 750 millions d'euros pour l'État.

Le second alinéa de l'article L. 212-1 du code de la sécurité sociale habilite certes le Gouvernement à autoriser certains organismes ou services à servir les prestations familiales aux salariés agricoles et aux personnels de l'État, mais ainsi que le Conseil d'État l'a encore récemment rappelé (*Union des familles en Europe*, 6 septembre 2007), l'habilitation spéciale et générale donnée par ailleurs par l'article L. 711-1 lui permet notamment d'intervenir en matière d'assiette, contrairement à la compétence législative de droit commun qui fonde par ailleurs l'article L. 242-1.

Il conviendrait donc de préciser dans la loi que cette habilitation ne porte pas sur l'assiette des cotisations servant à financer les prestations familiales.

S'agissant de la branche maladie, l'indemnisation des arrêts maladie dans la fonction publique se caractérise par des règles particulières et par un système de gestion spécifique peu efficient. Si elles ne sont pas toujours plus favorables que celles s'appliquant dans le cadre du régime général, elles n'en permettent pas moins au fonctionnaire titulaire d'être maintenu en position d'activité, et de continuer, sans délai de carence, à percevoir son traitement dans des proportions qui dépendent du congé statutaire accordé. Les agents non titulaires bénéficient en principe des indemnités journalières (IJ) du régime général, moyennant l'absence

de délai de carence et l'existence d'un complément versé par l'administration en vue du maintien temporaire du traitement, selon la nature du congé (ordinaire ou maladie grave) et l'ancienneté.

Les prestations en espèces sont gérées, qu'il s'agisse de fonctionnaires titulaires ou non, au niveau de chaque administration, par les services en charge de la paye. Les IJ des fonctionnaires non titulaires sont ainsi versées par la CPAM à l'administration, qui les reverse à l'intéressé en ajoutant le complément permettant d'assurer le maintien du traitement.

Le principal inconvénient de ce système est une connaissance insuffisante du phénomène et de son coût pour les finances publiques, à laquelle s'ajoutent une faible responsabilisation des gestionnaires, une lourdeur administrative tenant notamment à l'application du principe de séparation de l'ordonnateur et du comptable ainsi qu'à la faiblesse des procédures de gestion et de contrôle. Le contrôle des comités médicaux ministériels ou départementaux se concentre sur les arrêts de plus de six mois ou sur les cas les plus lourds, tandis que la possibilité de diligenter un professionnel de santé auprès de l'agent pour vérifier la réalité de sa maladie ne semble qu'exceptionnellement utilisée par l'administration. En 2003, 38,1 % des congés maladie ont ainsi duré trois jours ou moins.

Ce relâchement du contrôle va à l'encontre de l'évolution des autres régimes d'assurance maladie qui mènent des politiques actives de suivi et de contrôle des arrêts maladie, qui ont été le principal facteur explicatif du retournement de tendance observé de 2003 à 2005.

La réforme pourrait consister en la création d'une caisse spécifique de sécurité sociale ou, de façon moins ambitieuse, par un transfert de la gestion du risque au régime général.

c) Les combats pour la santé publique

Le rapporteur regrette que des difficultés techniques retardent, pour l'heure, la mise en place de mesures plus radicales contre ces deux véritables fléaux de santé publique que sont les cigarettes aromatisées et ce qu'il est convenu d'appeler la *junk food*.

S'agissant des premières, elles jouent à l'égard des adolescents, pour les fabricants de tabacs, le même rôle que les premix à l'égard des alcooliers. La perversité de la démarche, visant à conquérir de nouveaux publics, particulièrement les jeunes, rappelle effectivement le combat contre ces boissons auquel le rapporteur avait apporté sa contribution, en proposant avec succès l'instauration d'une taxe spécifique. Il en irait de même avec ces cigarettes – qui, assorties d'une saveur sucrée destinée à flatter le goût des adolescents, n'ont jamais autant mérité leur surnom de « sucettes à cancer » mais auraient pu faire l'objet d'une taxe de santé publique spécifique, conforme au droit communautaire – si la définition de l'assiette ne soulevait des difficultés, les fiscalistes ayant semble-t-il quelque mal à appréhender la notion de « cigarettes aromatisées ».

Le rapporteur, qui reste pleinement motivé par la nécessité de ne pas laisser se créer une accoutumance précoce, pense donc qu'il faut faire porter l'effort sur le domaine réglementaire, en faisant mieux respecter par les buralistes l'interdiction de vente aux moins de seize ans, ou sur la ratification d'une convention de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la question.

S'agissant d'une taxe « nutrition » destinée à sensibiliser nos concitoyens à la lutte contre l'obésité et à ses risques pour la santé, la difficulté est de bien cerner les aliments à taxer et d'identifier les produits de façon ciblée, afin de ne pas inclure dans l'assiette ceux qui, proches de la *junk food*, ne mériteraient pas pour autant un tel classement. Ici aussi, le rapporteur restera vigilant et saisira l'occasion, dès qu'elle s'en présentera, de s'attaquer concrètement et résolument à ce problème.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. - AUDITIONS

A. AUDITION DE M. PHILIPPE SÉGUIN, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu **M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes**, et de **Mme Rollande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes**, sur le rapport de la Cour relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale au cours de sa séance du 12 septembre 2007.

Le président Pierre Méhaignerie a indiqué qu'après l'interruption de l'été, le programme de travail de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales s'annonce intense. L'audition du premier président de la Cour des comptes sera, à cet égard, le meilleur moyen de s'y préparer.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a commencé la présentation du rapport de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale en soulignant que celui-ci porte sur 2006, première année de mise en œuvre de la loi organique du 2 août 2005. Cette loi comporte pour la Cour deux nouvelles obligations : prononcer un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre de l'exercice clos et produire un rapport de certification sur les comptes des caisses nationales et les comptes combinés des branches du régime général de l'exercice clos.

Le 19 juin dernier, le rapport de la Cour sur la certification a été présenté. En revanche, conformément à la loi organique, l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre prend place dans le présent rapport. La première partie de ce document, dont la présentation et le contenu ont été de ce fait légèrement modifiés, est consacrée aux comptes sociaux, tandis que la deuxième partie rend compte, comme les années précédentes, des autres missions confiées à la Cour sur la gestion des risques.

Le déficit des comptes pour 2006 reste élevé et le total des déficits cumulés ces dernières années continue de progresser de manière inquiétante. Comme l'an dernier à propos des comptes pour 2005, c'est un langage de vigilance inquiète que tiendra la Cour. En dépit d'une nouvelle diminution du déficit annuel global, celui-ci est resté très élevé alors même que la conjoncture économique a généré en 2006 une croissance significative des recettes, elles-mêmes dopées par des hausses de taux de cotisation et des recettes nouvelles non reconductibles. Les produits ont crû de 5,4 % pour l'ensemble des régimes, les charges augmentant de 4,5 %.

Seuls quelques chiffres significatifs seront mis en exergue, les préoccupations générales de la Cour sur la situation des finances sociales ayant déjà été exposées dans son rapport de juin dernier sur la situation et les perspectives des finances publiques.

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base s'établit à 8 milliards d'euros, contre 11 milliards en 2005. Si l'on y ajoute le besoin de financement des fonds – fonds de solidarité vieillesse (FSV) et fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) –, il atteint 10,3 milliards d'euros, contre 14,4 milliards en 2005. Le seul régime général présente un résultat négatif de 8,7 milliards en 2006, contre 11 milliards en 2005. Toutes les branches du régime général demeurent déficitaires même si les branches maladie, famille et accidents du travail/maladies professionnelles réduisent leur déficit.

La branche maladie présente un déficit de 5,9 milliards. Celui-ci est inférieur aux prévisions de la loi de financement, grâce au dynamisme des recettes qui a plus que compensé le dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

La progression des dépenses relevant du champ de l'ONDAM a été, à périmètre constant, de 3,1 % tous régimes confondus – 3,3 % pour le régime général –, soit un taux inférieur à la hausse en valeur du produit intérieur brut. C'est un fait assez rare pour être noté : ce taux est le plus bas constaté depuis 1997.

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

L'accélération des dépenses au second semestre 2006, insuffisamment prise en compte dans la fixation des bases pour 2007, a rendu dès le départ la réalisation de l'ONDAM 2007 aléatoire. De ce fait, le comité d'alerte a constaté, le 29 juin dernier, un risque de dépassement de l'objectif de deux points sur les soins de ville, chiffré à 2 milliards d'euros. Le déficit de la branche passerait, selon la commission des comptes de juillet, de 3,9 à 6,7 milliards. C'est dire que les mesures de maîtrise en vigueur depuis 2004 ne suffisent pas pour assurer un

retour à l'équilibre selon le calendrier prévu par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), qui fixait l'échéance à 2009.

La situation de la branche vieillesse constitue un autre sujet d'inquiétude. Si le déficit pour 2006 s'est établi à un niveau proche de celui constaté en 2005, cette stabilisation est imputable au dynamisme général des recettes précédemment évoqué, la branche ayant bénéficié en outre d'une hausse de cotisations de 0,2 point. La forte progression des dépenses se poursuit : en juillet, la commission des comptes de la sécurité sociale a révisé à la hausse le déficit de la branche pour 2007, le portant de 3,5 à 4,7 milliards d'euros.

Au total, hors déficits repris par la CADES, les déficits inscrits dans les comptes du régime général et des fonds de financement s'élèvent à la fin de 2006 à 15,4 milliards d'euros. À l'horizon 2009, les prévisions inscrites en LFSS conduisent à un déficit cumulé de 40 milliards d'euros dans l'hypothèse économique basse, laquelle, on en conviendra, mérite d'être prise en considération. Ce total doit être majoré de 4 milliards résultant de la hausse de 8 à 12 milliards du déficit prévisionnel pour 2007 du régime général actualisé par la commission des comptes en juillet.

La Cour a insisté à plusieurs reprises sur la situation difficile des fonds de financement – FSV et FFIPSA – et sur le problème bien connu des dettes de l'État. Elle considère que le FSV a pour principal effet de dissimuler optiquement une partie du déficit de la branche vieillesse du régime général, auquel il faut ajouter le déficit du FSV pour avoir une vue exacte de la situation de la branche. L'amélioration de sa situation est conditionnée par la poursuite de la baisse du chômage. Quant au FFIPSA, il ne remplit pas sa mission et rien ne permet de croire à son redressement spontané. L'État ne se reconnaît pas l'obligation de doter ces deux fonds des moyens leur permettant de faire face à leurs obligations légales. Ceux-ci – et tout particulièrement le FFIPSA – sont placés dans une situation juridique que la Cour estime intenable.

Par ailleurs, la Cour prend acte de l'engagement du ministre chargé des comptes publics de payer les dettes de l'État. Le versement de 5,1 milliards d'euros annoncé pour l'automne devrait permettre d'éviter le dépassement du plafond d'autorisation d'emprunt, pourtant fixé par la LFSS pour 2007 à un niveau très élevé : 28 milliards d'euros. En effet, la situation de trésorerie du régime général, déjà fortement dégradée en 2006 puisqu'elle a été négative toute l'année, est tellement difficile en 2007 que, sans cette mesure, le plafond d'avances de 28 milliards aurait été dépassé. C'est dire que ces autorisations d'emprunt n'ont plus rien à voir avec des ajustements de trésorerie infraannuels, ce qui est pourtant leur raison d'être : elles servent à combler des déficits structurels croissants et génèrent une dépense d'intérêts également croissante sur laquelle il faut appeler l'attention. Les frais financiers du régime général, qui ont atteint 271 millions d'euros en 2006, seront ainsi de 700 millions en 2007 et devraient dépasser le

milliard en 2008. Lorsque l'on sait le mal que l'on se donne pour réaliser des économies de 400 ou 500 millions, on peut mesurer tout ce que cette situation a de regrettable.

Quelles que soient les solutions que les pouvoirs publics retiendront pour combler ces déficits, la priorité absolue est d'éviter la constitution de nouveaux déficits en fixant des objectifs de dépenses et de recettes équilibrés et réalistes, tenant compte du contexte économique et accompagnés des mesures permettant de les atteindre. Faire reposer le rééquilibrage spontané des comptes sociaux sur l'amélioration de la croissance économique serait un pari risqué.

S'agissant des tableaux d'équilibre, il faut rappeler que, dès 1994, le législateur avait confié à la Cour la mission de présenter « *une analyse de l'ensemble des comptes des régimes de sécurité sociale* ». Mais cette mission, confirmée en 1996, ne pouvait être véritablement assurée avant la réforme des lois de financement de la sécurité sociale par la loi organique de 2005, dans la mesure où l'on ne disposait pas de données consolidées suffisamment fiables.

La notion de tableau d'équilibre est entièrement nouvelle, si bien que la portée de l'avis de la Cour est, en quelque sorte, *sui generis*. Il ne s'agit évidemment pas d'un exercice de certification, lequel ne peut porter que sur des comptes présentés par une personne morale, mais de tableaux établis par l'administration à partir des comptes des régimes qui sont agrégés par branche pour suivre le respect des objectifs votés.

Ces tableaux se composent, pour chaque branche de la sécurité sociale dans son ensemble, pour chaque branche du régime général ainsi que pour les deux fonds de financement FSV et FFIPSA, de trois lignes : produits, charges et résultat. Ce sont donc des comptes de résultat extrêmement simplifiés. Pour le même exercice 2006, le Parlement les aura votés trois fois : en prévisionnel dans la LFSS pour 2006, en prévisionnel ajusté dans la LFSS pour 2007 et en réalisé dans la LFSS pour 2008. C'est pour éclairer le vote des parlementaires que la loi organique a prévu l'intervention de la Cour.

Il convient de saluer le progrès incontestable que constitue cette démarche. Elle permet, par-delà la complexité du système de sécurité sociale due à la multiplicité des régimes, de connaître de manière claire la situation de chaque branche et de chaque fonds. Pour la première fois depuis que le Parlement adopte des lois de financement de la sécurité sociale, il a l'assurance que les agrégats votés en réalisation sont cohérents avec ceux qu'il a votés en objectifs. Ces tableaux rassemblent tous les flux répertoriés dans les comptes des organismes de sécurité sociale en neutralisant les écritures interbranches. La certification des comptes de tous les régimes à partir de 2009 renforcera cette assurance apportée au Parlement.

Cela dit, si la Cour a pu vérifier l'absence d'anomalies majeures et la permanence dans le temps des méthodes de construction des tableaux – permanence indispensable si l'on veut effectuer des comparaisons –, elle observe des limites au contrôle et à la traçabilité des processus de consolidation, ainsi que des incertitudes sur la ventilation des données entre les branches dans le cas des régimes gérant plusieurs branches.

La transmission tardive des tableaux d'équilibre qui figureront dans la prochaine LFSS a conduit la Cour à travailler sur des tableaux provisoires légèrement différents des tableaux définitifs. Cette situation constitue une sérieuse limitation à ses diligences et nécessite la mise en place d'un calendrier de transmission très strict, ce qui devrait être possible si les régimes respectent eux-mêmes les dates prévues pour transmettre leurs comptes définitifs et si les tableaux ne font pas l'objet de retraitements non justifiés. La Cour a formulé à ce propos des recommandations précises et sera très attentive à leur mise en œuvre.

Quoi qu'il en soit, la chambre du conseil, qui a voté l'ensemble du rapport ce matin même, a adopté également, par un vote spécial, l'avis consigné dans le rapport.

La deuxième partie du rapport est consacrée à la gestion des risques sociaux.

En ce qui concerne le contrôle des comités régionaux d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale (COREC), dont la loi a prévu la suppression en 2008, il convient seulement de préciser que la Cour continuera à rendre compte au Parlement, conformément à la loi organique, des défaillances et des progrès dans la gestion des caisses, grâce à la mise en place d'un système d'alerte dont de premiers résultats sont présentés dans le rapport.

Il faut en revanche évoquer plus longuement l'étude portant sur les mécanismes qui réduisent l'assiette des prélèvements sociaux dans le régime général.

Les exonérations de cotisations sociales patronales font dans leur grande majorité – 24,2 milliards d'euros en 2007 – l'objet d'une compensation, sous forme désormais de recettes fiscales affectées. Outre la fraction des exonérations non compensées, il existe de nombreux autres dispositifs – dispensés de cotisations, de contribution sociale généralisée, *etc.* – qui amputent l'assiette des contributions sociales et qui ne donnent pas lieu à compensation. L'enjeu n'est pas seulement une perte de recettes pour le régime général, laquelle s'élève selon toute vraisemblance à plusieurs dizaines de milliards d'euros, il est aussi d'efficacité et d'équité : ces dispositifs génèrent de fortes distorsions d'effort contributif entre les entreprises selon leur taille et le bénéfice de certains d'entre eux revient à des

catégories peu nombreuses et nullement défavorisées, comme les deux exemples suivants peuvent l'illustrer.

Il en est ainsi de l'exonération de la plus-value d'acquisition des *stock-options*. Qu'elles constituent un complément de salaire au versement différé ou une incitation à l'actionnariat, celles-ci doivent être considérées comme un revenu lié au travail et taxable à ce titre. La Cour a évalué le montant des *stock-options* distribuées en 2005 et les a valorisées en se référant au comportement des bénéficiaires, à des données macroéconomiques et à des hypothèses de durée de conservation. Sur la base d'une actualisation finale de la plus-value d'acquisition s'élevant à 8,5 milliards d'euros, la perte de recettes nette s'élèverait à environ 3 milliards d'euros pour 2005. Or les gains réalisés par les bénéficiaires sont souvent importants et concentrés sur un nombre restreint d'individus : les cinquante premiers bénéficiaires reçoivent près de 10 millions d'euros chacun, si bien que pour chacun d'entre eux le montant des cotisations manquantes dépasserait les 3 millions ; les mille premiers bénéficiaires touchent chacun une plus-value de plus de 500 000 euros, ce qui représente à chaque fois une cotisation manquante de près de 200 000 euros.

Autre exemple de ces niches sociales dont il est beaucoup question aujourd'hui, les indemnités de départ à la retraite ou de licenciement : elles sont également exonérées de cotisations, ce qui correspond à une perte de plus de 4 milliards d'euros. Dans ses recommandations, la Cour estime que la suppression peut être envisagée dans certains cas, mais que dans d'autres un plafonnement est souhaitable. La notion d'indemnité de licenciement recouvre des réalités très différentes, selon qu'elle est versée par exemple à un smicard licencié pour raisons économiques ou dans le cadre d'un « divorce à l'amiable » conclu par un cadre de très haut niveau, pour des sommes dont on connaît l'ampleur. Le principe de l'exonération découle de l'idée que l'indemnisation du préjudice moral ne doit pas être taxée, mais les montants accordés, qui sont parfois très élevés, vont souvent au-delà de cette motivation.

Dès lors, la Cour demande de supprimer ou à tout le moins de plafonner les pertes de recettes correspondant à ces deux dispositifs. Le principe devrait être celui de la neutralité du prélèvement social au regard des différentes formes de rémunération, qu'il s'agisse de salaires, de distribution de bénéfices ou d'actions. Enfin, elle réitère sa demande d'alignement des contributions des employeurs publics aux branches maladie et famille, la situation actuelle générant une inégalité de traitement peu justifiable avec les employeurs du secteur privé.

Pour ce qui est des dépenses, il faut évoquer en premier lieu les résultats de deux enquêtes portant sur l'hôpital, prévues dans le plan pluriannuel de contrôle demandé à la Cour par la loi. La Cour et les chambres régionales des comptes ont étudié dans un nombre significatif d'hôpitaux la fiabilité des comptes d'une part, la politique d'achat des médicaments d'autre part. Dans le contexte de

la mise en place progressive de la tarification à l'activité (T2A), il s'agit là de deux sujets majeurs.

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

L'achat de médicaments représente 10 % des charges des hôpitaux publics et croît fortement. La Cour constate, s'agissant des médicaments dont les prix sont libres et donc négociés dans le cadre d'appels d'offres, que ce poste n'est pas partout géré avec le professionnalisme nécessaire, les centrales d'achats et de référencements étant insuffisamment utilisées. La question de l'inscription sur une « liste en sus » des médicaments les plus chers soignants des pathologies graves – inscription qui donne lieu à un remboursement à 100 % par l'assurance maladie – doit être abordée avec prudence, l'usage de certains de ces médicaments pouvant être un facteur indirect d'économies. Il n'en demeure pas moins que l'on constate une certaine déresponsabilisation des établissements, d'autant que cette liste est sans doute fixée trop largement par l'administration.

Une partie importante du rapport est consacrée à un premier bilan partiel de la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

S'agissant de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, la Cour porte une appréciation positive sur la réorganisation des régimes d'assurance maladie, qu'il s'agisse du régime général ou de la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Elle préconise cependant d'accroître la cohérence des pouvoirs respectifs des caisses nationales et de l'UNCAM. Par ailleurs, tout en appréciant la cohérence du schéma de redistribution des responsabilités entre l'État, l'UNCAM et les autres acteurs que sont la Haute autorité de santé (HAS), le comité économique des produits de santé, le comité d'alerte ou le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, elle relève que la portée effective de ces transferts est encore limitée. L'association de l'union des régimes complémentaires à la décision n'est pas encore optimale.

Enfin, la Cour réitère et développe sa critique d'un trop large transfert de compétences aux professions de santé, à travers des conventions dont le champ a été élargi par la loi de 2004 à des questions qui relèvent manifestement de la compétence de l'État. Il s'agit notamment des différents aspects de l'organisation des soins sur le territoire. Le risque existe – et le rapport le démontre à propos de la démographie médicale, du parcours de soins et de la classification commune

des actes médicaux – d’une subordination, au sein des négociations conventionnelles, des questions d’organisation des soins à des questions de revenus.

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

En matière de démographie médicale, la Cour récuse toute idée de pénurie globale de médecins, actuelle ou pour un avenir proche. À l’horizon 2025, la densité, aujourd’hui de 340 médecins pour 100 000 habitants, devrait retomber à 283, soit le niveau de 1985. Le problème le plus important est la mauvaise répartition des médecins entre spécialités et entre territoires. La gestion du *numerus clausus* et des épreuves classantes nationales ne garantit pas la sortie d’un nombre suffisant de médecins généralistes, alors que c’est sur ceux-ci que repose essentiellement le dispositif du médecin traitant. La répartition sur le territoire n’est favorisée que par une multiplicité de dispositifs d’incitation positive à l’installation dans les zones sousmédicalisées, sans grand résultat. La Cour estime que des mesures plus énergiques, comportant jusqu’à des incitations négatives à l’installation dans les zones déjà bien dotées en médecins, devraient être adoptées, comme cela vient d’être prévu dans la convention des infirmières. À défaut, les inégalités d’accès aux soins s’aggraveront inéluctablement.

L’étude des rémunérations a révélé des lacunes importantes dans la connaissance des revenus totaux des médecins. Ces lacunes proviennent de la non-prise en compte dans les statistiques de la diversité de leurs revenus, lesquels peuvent également comprendre des salaires et des rémunérations provenant de leur regroupement, de plus en plus fréquent, au sein de sociétés d’exercice libéral. Si l’on ne considère que le revenu d’activité libérale connu des caisses, il apparaît que le pouvoir d’achat des médecins s’est accru entre 2000 et 2004 de 1,8 % par an pour les omnipraticiens et de 3,3 % pour les spécialistes. Cette évolution, comme l’a démontré l’INSEE, est plus favorable que celle qu’ont connue les salariés des secteurs privé et public.

La Cour a également examiné les dépassements d’honoraires, notamment ceux qui sont pratiqués par les médecins de secteur 2. Leur fréquence est variable selon les spécialités. Elle est par exemple de 80 % chez les chirurgiens, le niveau du dépassement pouvant atteindre entre trois et quatre fois le tarif opposable pour une proportion significative des actes. On peut se demander si l’on est encore ici dans le « tact » et la « mesure » prescrits par le code de déontologie. L’importance de ces dépassements met en cause, dans certaines zones et pour certaines spécialités, le principe fondamental d’égal accès aux soins, car le reste à charge qui en résulte pour les assurés peut être insupportable. Ainsi, en chirurgie urologique, il existe un monopole du secteur 2 dans vingt-sept départements

correspondant à 20 % de la population française. Il semble à la Cour qu'une meilleure maîtrise des dépassements pourrait être envisagée.

L'accélération des gains de pouvoir d'achat des médecins ces dernières années s'explique par de nombreuses réformes ayant eu pour effet de majorer les tarifs, ou d'ajouter aux tarifs des rémunérations forfaitaires en contrepartie d'engagements dont la Cour a souligné, dans son rapport de 2005, qu'ils correspondent souvent à des obligations déjà prescrites par le code de déontologie. La Cour recommande à nouveau de s'interroger sur la coexistence des paiements à l'acte et au forfait.

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

Le parcours de soins coordonné a également permis des augmentations de rémunération des médecins. Partant d'un objectif tout à fait important d'organisation du parcours des assurés dans le système de soins, sous le pilotage d'un médecin traitant désigné par l'assuré, la réforme a été mise en place rapidement et sans dégradation du service rendu par les caisses aux assurés. Cependant, alors que sur le plan des principes elle constituait une novation importante dans le fonctionnement de notre système, elle a dû intégrer des contraintes qui en ont limité l'impact et compliqué la compréhension. Ainsi, elle a dû respecter une stricte application des principes de la médecine libérale, notamment le paiement à l'acte et le libre choix pour le patient, et s'inscrire dans la continuité des pratiques antérieures. Ses modalités d'application ont été déléguées aux partenaires conventionnels, ce qui a eu souvent pour conséquence de faire prévaloir les préoccupations tarifaires des médecins.

Il en est résulté, d'une part, un maquis tarifaire illisible pour l'assuré, en raison de la prise en compte de préoccupations qui n'ont rien à voir avec le parcours de soins, notamment le rééquilibrage des revenus entre généralistes et spécialistes ; d'autre part, un coût non négligeable pour les assureurs publics et privés et pour les ménages : 384 millions d'euros en année pleine, auxquels s'ajoutent les mesures tarifaires de l'avenant de mars 2006, soit au total 755 millions d'euros en 2006.

Pour finir sur l'assurance maladie, la Cour a étudié le partage des données entre les systèmes d'information de santé, condition indispensable à la mise en place du dossier médical personnalisé. Elle en a conclu que les conditions ne sont pas encore réunies et que le ministère chargé de la santé doit mettre en place un

pilotage stratégique fort entre les acteurs concernés et régler au plus vite les prérequis de l'identification des patients, des professionnels de santé, des normes et des standards indispensables à l'interopérabilité.

Dans le prolongement de travaux précédents sur la politique familiale, la Cour a par ailleurs examiné un ensemble d'aides publiques aux familles sous l'angle du bon usage des deniers publics et de la cohérence de leur utilisation par rapport aux deux finalités essentielles que sont la compensation partielle du coût de l'enfant et l'aide à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle. Elle en a conclu que le système qui combine un impôt familialisé, des prestations familiales universelles ou faiblement modulées et des prestations ciblées peut paraître assez équilibré du point de vue de l'objectif de compensation du coût de l'enfant. Cependant, elle considère que plusieurs dépenses fiscales en faveur des familles, telles certaines demi-parts du quotient familial ou l'exonération d'impôt des majorations de pension pour enfant, peuvent donner matière à réflexion.

S'agissant de l'objectif de conciliation, elle a pointé des effets d'aubaine à l'occasion de la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et des distorsions dans les taux d'effort des familles selon le mode de garde retenu. Ces taux d'effort sont souvent, de manière étonnante, inversement proportionnels aux revenus des familles, en raison de la faible amplitude de l'aide financière apportée par la collectivité selon que le ménage dispose par exemple d'un SMIC ou de cinq SMIC. Les données chiffrées figurent dans le rapport.

Enfin, la Cour rend compte de deux enquêtes correspondant à des demandes des assemblées parlementaires : l'une sur la consommation et la prescription des médicaments en ville, remise à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, l'autre sur la protection sociale agricole, remise à la commission des affaires sociales du Sénat.

Partant du constat bien connu que la France présente un niveau de prescription et de consommation de médicaments supérieur à celui de ses voisins européens, générant des risques de iatrogénie et des dépenses fortement croissantes pour l'assurance maladie, elle s'est efforcée d'en déterminer les causes principales. Elle a relevé des critères insuffisamment sélectifs pour l'admission au remboursement, notamment en l'absence d'analyse médico-économique et d'évaluation des médicaments en utilisation réelle. Elle a noté en particulier que cette évaluation est insuffisamment transparente.

Au stade de la consommation, l'action sur les comportements des patients pâtit d'une information publique insuffisante tandis que le contrôle de l'information d'origine privée via l'internet n'est pas encore effectué. Au stade de la prescription par les médecins, la Cour est revenue sur l'absence de base publique et gratuite sur le médicament, sur l'insuffisance de la formation médicale

initiale et continue en matière de médicament, cette dernière étant en outre essentiellement financée par l'industrie pharmaceutique. L'information des médecins en exercice passe encore principalement par la « visite médicale », dont l'encadrement prévu par la loi de 2004 est en cours de mise en place. Les efforts déployés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), la HAS et la CNAMTS pour diffuser une information utilisable par les médecins doivent être à la fois renforcés et rationalisés. Au total, toutes ces insuffisances expliquent que l'action menée pour freiner la croissance de la dépense de médicaments dans le cadre de la démarche de maîtrise médicalisée n'a pas produit les effets souhaités.

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

Les sujets abordés dans ce rapport sont variés. Certains ont déjà fait l'objet, dans les rapports des années précédentes, de recommandations de la Cour, qui accorde beaucoup d'importance à leur suivi. C'est pourquoi, même si dans le rapport de cette année aucun chapitre particulier n'est consacré à ce suivi, pour chacun des thèmes traités sont rappelées, s'il y a lieu, les critiques et recommandations déjà formulées et le sort qui leur a été réservé.

La réflexion de la Cour se situe dans un contexte de forts déficits des comptes sociaux. Ses propositions visent à maîtriser les dépenses et à optimiser les recettes, objectifs qui doivent s'appliquer en permanence, et non par à-coups, à toutes les branches et à tous les régimes. Telles sont, les principales conclusions qui ressortent du rapport annuel sur la sécurité sociale de 2007.

Un débat a suivi l'exposé du premier président de la Cour des comptes.

Le président Pierre Méhaignerie a remercié le premier président de la Cour des comptes d'avoir accepté d'effectuer cette présentation le jour même – et non le lendemain, comme le veut la tradition – de l'adoption du rapport par la Cour.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, a souligné que cette présentation est un moment très attendu. Il est souhaitable que les conclusions et les recommandations de la Cour permettent aux parlementaires d'améliorer l'équilibre des finances sociales ainsi que le fonctionnement de chacune des branches.

S'agissant des niches sociales, la Cour s'est-elle penchée sur l'évaluation de l'impact des nombreuses exonérations en cause ? Estime-t-elle possible de procéder dans de brefs délais à des suppressions, ou à tout le moins à des plafonnements, ou faut-il considérer qu'un lissage dans le temps serait préférable, eu égard aux conséquences que de telles mesures pourraient avoir ?

La Cour a constaté un déséquilibre structurel des finances sociales. Est-elle en mesure de dresser des projections futures permettant d'envisager un retour à l'équilibre pour la branche famille, voire pour la branche vieillesse si l'on extrapole un transfert des cotisations de l'UNEDIC vers cette branche ? Un équilibre durable est-il possible sans recettes supplémentaires, notamment pour l'assurance maladie, dont on sait que les finances sont très dépendantes de la situation économique ?

La Cour a relevé que l'ONDAM pour 2007, déterminé à partir d'un ONDAM pour 2006 mal rebasé, est d'ores et déjà impossible à respecter, et que l'intervention du comité d'alerte est en quelque sorte déjà inscrite dans les chiffres votés lors de l'examen du dernier PLFSS. Quelles sont les contraintes qu'il conviendrait de se donner pour éviter de telles distorsions à l'avenir ?

Par ailleurs, peut-on conclure de la partie du rapport consacrée au médicament que la maîtrise médicalisée n'a pas répondu aux espoirs que l'on plaçait en elle lors de la réforme de 2004 ?

Enfin, la Cour a-t-elle le sentiment que les réformes de la gouvernance des hôpitaux peuvent apporter une amélioration de la situation dans ce secteur ? Ne convient-il pas, comme certains le recommandent, de revoir le statut de plusieurs acteurs de l'hôpital afin de lever ce qui pourrait constituer un frein à toute réforme ? Comment s'assurer que la tarification à l'activité correspond à son véritable objectif, qui est de permettre aux hôpitaux et aux régulateurs de réorganiser le tissu hospitalier en fonction de l'activité ?

Revenant sur les 23 milliards d'allègements de charges sociales sur les bas salaires, **le président Pierre Méhaignerie** a demandé si la fixation d'un barème

définitif intégrant l'allègement des cotisations patronales sur les bas salaires, la prime pour l'emploi, ainsi que l'allègement futur résultant des mesures relatives aux heures supplémentaires, ne renforcerait pas l'efficacité du dispositif, en termes tant de compétitivité que de pouvoir d'achat. Ces 23 milliards se concentrent en effet sur les salaires compris entre 1 et 1,3 SMIC. Or, si l'on veut favoriser la compétitivité des entreprises soumises à la concurrence internationale, on doit prendre en considération les salaires compris entre 1,2 et 1,6 SMIC. En conséquence, ne conviendrait-il pas de répartir les allègements plus uniformément entre 1 et 1,6 SMIC ?

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a apporté les réponses suivantes :

– Alors que les exonérations de cotisations au titre des mesures en faveur de l'emploi postérieures à 1994 donnent lieu à une compensation sous la forme d'une affectation d'impôts et taxes, les autres déductions constituent des pertes de recettes sèches pour la sécurité sociale. On en trouvera la liste, ainsi qu'une évaluation de leur incidence, dans le rapport. La critique de la Cour est double.

D'une part, ces dispositifs dont les entreprises bénéficient inégalement en fonction de leur taille sont une source de distorsion : les petites et les grandes entreprises en sont les principaux bénéficiaires potentiels, et les entreprises moyennes sont de ce fait placées dans une situation moins favorable. D'autre part, ces dispositifs sont inéquitables du point de vue des salariés car certains d'entre eux ne s'exercent qu'au profit d'un nombre très réduit de personnes : c'est le cas pour les *stock-options*, pour les mesures en faveur de certaines professions ou pour les avantages de départ à la retraite ou de licenciement. La Cour estime que ces derniers dispositifs devraient être revus. Cela vaut aussi pour les administrations publiques, dont la Cour a déjà demandé que les obligations sociales soient alignées sur celles du privé.

– La Cour n'est pas encore en mesure de répondre à la question du président Pierre Méhaignerie, car une étude très fine doit être menée sur ce sujet de grande importance, dont les incidences pourraient en effet être fortement positives.

– S'agissant des conditions de l'équilibre à l'avenir, un acte de courage est souhaitable dans l'élaboration de la loi de financement de la sécurité sociale pour que les deux plateaux de la balance – recettes et maîtrise des dépenses – se trouvent au même niveau sans mesures artificielles ou tentatives de dissimulation. La part d'erreur dans les distorsions mentionnées par M. Yves Bur semble assez réduite : on ne s'est pas toujours trompé, mais on a cherché à présenter un dispositif équilibré tout en évitant les mesures susceptibles de « mettre le feu » dans les hémicycles. La question est maintenant d'arriver à une opération de vérité en matière de lois de financement de la sécurité sociale : à défaut, l'effet de la

LFSS ne sera que de produire du déficit chaque année. On peut revenir rapidement à l'équilibre, mais à condition de s'en donner les moyens.

– Les mesures de maîtrise comptable ont probablement fait leur temps, et les bienfaits de la maîtrise médicalisée – qui s'apparente parfois à une maîtrise comptable ne disant pas son nom – arriveront bientôt à leur terme. Il faudra alors revenir à un problème structurel essentiel : quelles sont les mesures à prendre pour assurer la compatibilité d'un système de distribution des soins fondé sur le principe de liberté et une prise en charge socialisée ? Des efforts seront nécessaires d'un côté ou de l'autre, à moins que l'on n'accepte qu'une part de la dépense publique se trouve *de facto* transférée.

– Ce n'est pas la Cour des comptes qui a été chargée d'étudier la TVA sociale, mais le Conseil économique et social. Il faut espérer que celui-ci réussira à produire et à voter un rapport, mais on se souvient du sort qui fut réservé à un projet de réforme de la sécurité sociale renvoyé au CES en 1988 : le Conseil estima au bout de quelques mois qu'il était dans l'incapacité de répondre à la question posée, aucune majorité ne se dégageant sur quelque proposition que ce fût.

Il n'en reste pas moins que nous sommes à un tournant et que l'on peut nourrir paradoxalement plus d'inquiétudes sur la faisabilité des réformes en matière d'assurance maladie qu'en matière de retraites.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes, a confirmé que la maîtrise médicalisée n'avait pas répondu aux espoirs, d'autant que l'expression elle-même recouvre beaucoup de significations. Si on la considère comme une action sur le comportement des prescripteurs et des consommateurs, l'essentiel des gains en matière de médicament est venu des baisses de prix, du progrès des génériques et des déremboursements. Les éléments dont dispose la Cour laissent à penser que ce sont surtout les pharmaciens qui incitent à la consommation des génériques. Il reste peu de facteurs d'économies imputables à la maîtrise médicalisée dans le secteur du médicament. Le rapport relève que les outils en matière de consommation et de prescription ne sont pas suffisamment développés. Il reste du chemin à faire : toute action sur les comportements demande du temps et de la ténacité, et non pas le *stop and go* auquel on assiste trop souvent.

La Cour n'a pas encore examiné la réforme de la gouvernance de l'hôpital, mais elle l'a inscrite dans son programme, conformément à la loi, parmi plusieurs sujets qu'elle traitera dans les années à venir et dont elle rendra compte au Parlement. Il faut attendre que les établissements aient mis en place leurs pôles pour pouvoir évaluer les effets de ce dispositif : un rodage est nécessaire.

La Cour n'est pas revenue la question du statut des personnels hospitaliers, qu'elle avait étudiée antérieurement sans toutefois conclure que c'était là un frein à toute réforme. La tarification à l'activité a été traitée en profondeur l'année dernière. La Cour avait formulé des inquiétudes et des recommandations, faisant notamment état de ses doutes sur la convergence dans le délai prévu – sans remettre en cause, bien entendu, les objectifs : la T2A reste une très bonne réforme. Le risque d'inflation ne s'est pas concrétisé dans l'hôpital public, mais cela a été le cas dans les cliniques privées. Il faut donc rester vigilant.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a posé les questions suivantes :

– La loi du 21 août 2003 a entendu dégager les moyens financiers permettant de garantir le maintien des systèmes de retraite par répartition jusqu'en 2020. La Cour des comptes considère-t-elle ces efforts comme insuffisants ? Quels devraient être les axes du rendez-vous de réforme de 2008 pour la Cour des comptes ?

– La Cour des comptes a-t-elle des préconisations quant à l'emploi des fonds placés auprès du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) à partir de 2020 ?

– La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a réformé les régimes d'assurance vieillesse des professions de santé. Il reste à fixer les nouveaux paramètres financiers de chacun de ces cinq régimes. Les décrets ne sont pas encore publiés. Quelles sont les préconisations de la Cour des comptes ? L'application d'une cotisation d'ajustement non créatrice de droits à pension paraît-elle indispensable à la Cour ?

En réponse aux questions, **M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes**, a apporté les précisions suivantes.

– S'agissant du troisième point, la Cour a fait part de son analyse dans le rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) pour 2005. Non informée des projets du gouvernement, elle ne peut les commenter. Sachant qu'ils existent, elle ne peut non plus les anticiper.

– S'agissant du premier point, la Cour examinera en vue de prochains rapports certains effets de la loi de 2003. Les mesures que celle-ci comportait allaient dans le bon sens en raison des perspectives démographiques. Mais les scénarios en fonction desquels les mesures ont été calibrées supposaient une baisse importante du chômage à l'horizon de 2010.

Les rendez-vous de 2008, prévus par la loi, permettront sur la base des travaux du Conseil d'orientation des retraites (COR), de définir les mesures nouvelles à prendre. Si l'on veut garder aux retraites un niveau correct, il faudra probablement consentir des efforts sur l'âge de cessation d'activité. Mais pour poursuivre l'activité au-delà de soixante ans, encore faut-il être en activité à cet âge. Or le taux d'activité des seniors n'a pas progressé suffisamment. La mesure de

départ anticipé en retraite avant soixante ans se révèle très coûteuse pour les régimes concernés. Elle permet à des personnes ayant des trimestres à faire valider avant l'âge de dix-huit ans accomplis d'anticiper leur départ, même s'il ne s'agit pas de salariés usés.

– Les axes à prévoir restent, d'une part, la prolongation de la durée d'assurance pour bénéficier du taux plein, avec toutes les mesures pour l'encourager et, d'autre part, le renforcement du caractère contributif des régimes, c'est-à-dire de la proportionnalité des droits à l'effort contributif. La Cour a ainsi proposé de revoir certains avantages, tels que les majorations de pension pour enfants. Mais ce n'est qu'un exemple parmi d'autres.

– S'agissant du FRR, la Cour se borne à constater chaque année qu'il n'est pas doté en fonction des objectifs qui ont présidé à sa création. Elle préconise de le doter de ressources plutôt que de consommer ses moyens actuels, ce qui donnerait un signal assez désastreux, car il s'agit du seul effort de prévoyance à long terme. Quant à dire ce qui se passera en 2020...

M. Hervé Féron, rapporteur pour la branche famille, a posé plusieurs questions :

– Le 19 juin 2007, la Cour des comptes a rendu publique sa décision concluant à l'impossibilité de délivrer une opinion quant à la certification des comptes 2006 de la branche famille de la sécurité sociale. Quelles sont les raisons qui ont conduit à cette décision ? Il semble que la Cour ait relevé des insuffisances dans les contrôles internes relatifs aux droits des allocataires, ce qui conduirait les caisses d'allocations familiales (CAF) à verser des prestations indues. Quelles sont les préconisations de la Cour pour remédier à cette situation ? En quoi la création d'un fichier national des allocataires permettrait de limiter les risques de fraude ?

– Dans son rapport sur la certification des comptes, la Cour déplore l'existence de créances de la branche famille sur l'État antérieures à 2002, pour un montant de 332 millions d'euros et relatifs à des exonérations de cotisations sociales, sachant que le montant total des dettes de l'État vis-à-vis de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) atteignait, fin 2006, 1,4 milliard d'euros. Est-il possible de faire le point sur le niveau des dettes actuelles de l'État et sur ses engagements à les honorer ?

– Les dernières réformes de la politique familiale ont porté sur l'accueil du jeune enfant et sur le financement des modes de garde. Par contre, peu de mesures ont été adoptées pour aider les familles ayant des adolescents ou des jeunes adultes à charge. Quelles sont les recommandations de la Cour sur cette question ? Comment pourrait-on passer d'un système d'allocations aux parents de jeunes adultes à un système d'allocations versées au jeune adulte en formation, pour son autonomie et ses ressources ?

– Par ailleurs, la Cour des comptes a souligné à plusieurs reprises la nécessité d'harmoniser le niveau de financement public des différents modes de

garde. Quels sont les inconvénients du système actuel ? Selon la Cour, quelles doivent être les responsabilités respectives des collectivités territoriales et des caisses d'allocations familiales pour l'organisation des modes de garde ?

– La Cour a-t-elle commencé à travailler sur le thème du service public de la petite enfance? A-t-elle des recommandations à faire sur l'optimisation des services de garde existants pour préparer la mise en place d'un droit opposable ?

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a donné les réponses suivantes :

– La Cour a estimé qu'elle était dans l'impossibilité de certifier les comptes. Cela ne veut nullement dire que les comptes sont faux ou dépourvus de fiabilité. Cela signifie que la conjugaison de limitations aux vérifications de la Cour et d'incertitudes qui affectent les comptes ne permet pas à la Cour d'émettre une opinion, quelle qu'elle soit, de certification ou de refus de certification. Comme le prévoient les normes internationales d'audit auxquelles la Cour se réfère, il convient bien de distinguer l'impossibilité d'exprimer une opinion du refus pur et simple de certifier.

Les limitations, qualifiées par la Cour de « substantielles », tiennent aux déficiences importantes du contrôle interne, qui ne permettent pas, en amont de la comptabilisation, de sécuriser totalement les paiements et de détecter des indus. En effet, les informations sur les bénéficiaires et leurs ayants droit qui sont enregistrées dans les systèmes d'information sont lacunaires et les modalités de vérification de l'exacte déclaration de leurs ressources par les bénéficiaires sont loin d'apporter les garanties nécessaires. Le risque de paiements indus est donc fort, probablement plus de 3% des prestations versées, chiffre effectivement reconnu par la CNAF ; au demeurant, les travaux d'audit interne de la CNAF pour permettre de valider les comptes des caisses d'allocations familiales ont été notoirement insuffisants en 2006. Afin d'y remédier, la Cour a notamment recommandé d'améliorer les procédures de recoupement d'informations avec des entités externes, pour s'assurer des conditions d'éligibilité aux prestations légales et de créer un fichier national des allocataires.

Cette situation a enfin des conséquences directes sur la qualité des comptes, qui sont marqués en outre par trop d'incertitudes. Celles-ci concernent, d'une part, les opérations d'inventaire destinées à rattacher l'ensemble des charges à l'exercice, le montant des charges rattachées étant insuffisant, et, d'autre part, les modes de comptabilisation des cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer.

– À l'occasion de l'établissement de son bilan pour 2006, l'État a bien reconnu ses dettes à l'égard du régime général de sécurité sociale et donc notamment de la branche famille comme il est indiqué dans le rapport de certification de juin 2007. La Cour portera une attention toute particulière à la mise en œuvre de l'annonce par le ministre des comptes publics au Sénat en juillet

dernier du remboursement par l'État, dès octobre 2007, de 5,1 milliards d'euros de dettes au régime général, et notamment de la quote-part destinée à la branche famille, sachant que dans les droits de la branche famille il faut distinguer les dettes fermes des produits à recevoir.

– La Cour a rappelé une situation vécue par bien des familles : le coût de l'enfant croît à mesure que celui-ci avance en âge, mais ces dépenses croissantes sont actuellement mal prises en compte par les prestations familiales. Il convient cependant de distinguer les améliorations qui pourraient être apportées à la situation des adolescents et celle des aides aux jeunes adultes. La Cour s'est prononcée en faveur d'une modulation de l'allocation de rentrée scolaire pour privilégier les enfants de seize à dix-huit ans, ainsi que pour des majorations pour âge plus fortes des prestations familiales en faveur des adolescents soit à quatorze ans soit à seize ans ; l'ensemble de ces mesures pouvant être financé par redéploiements. S'agissant des jeunes adultes, la Cour a indiqué que le sujet devait être appréhendé dans toute son ampleur, y compris les aides accordées aux étudiants. Le sujet n'a pas été étudié dans le cadre de ce rapport.

– La Cour n'a pas recommandé d'harmoniser le niveau de financement public mais plutôt de procéder à un réexamen du niveau de financement de chaque type de mode de garde. Elle a en effet constaté que les taux d'effort des familles ne correspondent pas à la hiérarchie des coûts pour la collectivité. Plus précisément, elle a préconisé de : moduler le montant de l'aide accordée pour la garde des enfants par les assistants maternels selon les CAF, dans la mesure où les salaires des assistants maternels sont très variables selon les zones géographiques ; relever le montant des participations familiales pour les crèches, afin que les familles acquittent une part plus substantielle du coût de fonctionnement de ces structures extrêmement coûteuses pour la collectivité ; moduler le niveau de financement public des différents modes de garde en fonction du niveau de revenu des ménages y recourant. Il apparaît en particulier que le niveau de financement public de la garde à domicile, toutes aides publiques confondues, peut être jugé excessif : pour les ménages les plus aisés (revenu supérieur à cinq SMIC) le coût pour la collectivité d'un enfant à domicile est supérieur au coût d'un enfant gardé en crèche. La mise en place de la PAJE a incontestablement engendré des effets d'aubaine.

– La Cour n'a pas examiné cette année la question des rôles respectifs de la branche famille et des collectivités territoriales en matière de garde collective, cette appréciation ayant été portée l'an dernier dans le cadre du RALFSS 2006. La Cour concluait les travaux qu'elle avait conduits sur l'action sociale de la branche en recommandant une meilleure maîtrise par les CAF des crédits destinés à financer les structures d'accueil des jeunes enfants soutenus et gérés par les communes ou les associations. Elle posait également la question de la pertinence de l'implication de l'action sociale de la branche famille dans l'organisation des loisirs des enfants et adolescents. Il lui apparaissait que la branche semblait dans ce secteur se substituer aux communes.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné que la réforme de 2004 n'avait pas produit les effets escomptés. S'agissant de ce qu'il est convenu d'appeler la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, des éléments structurels ont non pas retardé la mise en œuvre de la réforme, mais empêché son application. La situation des comptes sociaux est catastrophique et la dégradation du résultat, notamment celui de l'assurance maladie, ne saurait être contestée.

S'agissant de la gouvernance, il importe de doter l'assurance maladie d'organismes de pilotage stratégique et de réactivité. Cela étant, il n'était pas besoin d'attendre le rapport de la Cour des comptes pour mesurer l'importance des problèmes. Des signaux d'alerte auraient pu être analysés il y a déjà quelques mois et le comité d'alerte aurait donc pu être saisi en son temps. Certaines décisions prises au printemps dernier tendaient à laisser croire que les comptes de l'assurance maladie et les résultats de la maîtrise médicalisée permettaient des gestes appréciables en direction des professionnels de santé. Si les informations pertinentes avaient été connues en temps et en heure, des mesures plus efficaces auraient pu être prises. Dès lors, le débat électoral, pourtant riche, n'a pas pu porter, faute d'informations, sur la situation gravissime des comptes sociaux.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a rappelé que le comité d'alerte s'était réuni à plusieurs reprises en 2007, et avait lancé une alerte lorsque le seuil de 0,75 % a été franchi. Il convient de laisser à la nouvelle architecture le soin de faire ses preuves.

Il est permis d'être perplexe quant à la contribution que les travaux de la Cour doivent apporter aux débats publics. Il y aurait quelque contradiction, de la part du législateur, à reprocher à la Cour de ne pas avoir suffisamment contribué à un débat national récent tout en prévoyant, d'autre part, de limiter l'expression des chambres régionales sur les comptes des collectivités territoriales. La production des rapports des chambres régionales est suspendue quelques semaines avant les échéances électorales locales. Certains vont même parfois jusqu'à se demander s'il ne conviendrait pas de suspendre les rapports provisoires. Il est vrai que la sécurité sociale n'a pas été au centre du débat qu'a connu le pays au printemps dernier, et cela se comprend. Tout le monde ne peut pas être héroïque.

M. Bernard Debré a souligné que des dépenses importantes étaient parfois oubliées. Certains petits hôpitaux de province, même s'ils jouent un rôle important du point de vue de l'emploi, délivrent parfois une médecine qui n'est pas tout à fait à la hauteur de ce que pourraient espérer les patients, faute de disposer du plateau technique nécessaire. Il serait bon que la Cour se penche sur ce grave problème. Les dépenses hospitalières représentent entre 48 et 52 % des dépenses d'assurance maladie. Au vu de la carte hospitalière, il y a à l'évidence des économies à faire. Certains petits hôpitaux pourraient être transformés en hôpitaux de moyen et long séjour, ou accueillir des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

S'agissant de l'établissement des jeunes médecins, des mesures d'incitation négatives ont été évoquées par la Cour. Cependant, des mesures d'incitation positives pourraient être envisagées.

En ce qui concerne les génériques, dont la vente est passée de 3 à 15 % des ventes de médicaments, il conviendrait que la Cour examine attentivement la politique des laboratoires pharmaceutiques, qui réagissent à l'apparition d'un médicament générique en mettant sur le marché d'un « me too », un médicament identique et trois fois plus cher, et ce en disposant d'une force de vente très importante.

S'agissant de la nouvelle gouvernance, l'instauration des pôles a montré son inefficacité. Elle a pour seul effet de confier aux médecins le soin de gérer la pénurie, ce que l'administration ne veut plus faire.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a précisé qu'il n'appartenait nullement à la Cour de porter une appréciation sur la qualité des soins et sur les risques d'accidents dans les petits hôpitaux. Néanmoins, elle a prévu de mener en 2008 une étude approfondie sur la restructuration hospitalière.

La politique des laboratoires a été évoquée dans les précédents rapports de la Cour. Le pays devra bien un jour ou l'autre arbitrer entre l'attention légitime qu'il porte à son industrie pharmaceutique et les besoins de la sécurité sociale.

S'agissant de l'installation des médecins, la Cour ne conteste pas que des mesures d'incitation positives soient possibles, mais celles qui existent n'ont pas produit d'effets. D'autres sont envisageables, mais il est permis de se demander si elles seront plus efficaces. La Cour a préconisé des mesures d'incitation négatives en s'inspirant du précédent que constituent les mesures prises s'agissant de la profession d'infirmier.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes, a souligné que les incitations positives étaient nombreuses. Sans être négligeables, elles ne sont pas suffisantes, car les motivations des jeunes médecins ne sont pas seulement d'ordre financier. La question de leur installation doit être abordée en amont car il est frappant de constater que la répartition des postes correspond beaucoup plus à la situation des facultés de médecine qu'aux besoins des régions. Des incitations négatives, notamment en région parisienne, sont à l'évidence nécessaires. Il est possible, par exemple, de diminuer la prise en charge par les caisses des cotisations des médecins qui s'installent là où il y a déjà pléthore de médecins. L'idée d'un conventionnement sélectif a également été envisagée par la CNAM.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a insisté sur l'importance capitale que revêt l'installation de médecins dans les régions qui en ont besoin : d'une part, ils répondent à un besoin, et d'autre part, ils ne créeront pas de problèmes supplémentaires dans une zone où exerce déjà un

trop grand nombre de médecins. En effet, lorsqu'un médecin s'y installe, il a tendance à vouloir être plus attractif que ses confrères, et il le fait en prenant des initiatives qui auront des conséquences pour l'assurance maladie.

M. Bernard Debré a souligné qu'il n'était pas du tout opposé aux mesures d'incitation. L'efficacité des mesures négatives est cependant incertaine, et il convient de rester attentif à la qualité des soins.

Le président Pierre Méhaignerie a souligné que, dans certains secteurs, la densité du nombre de médecins pose des problèmes inquiétants pour la collectivité.

M. Jean-Marie Le Guen a contesté la pertinence d'une approche quantitative de la démographie médicale. Le corps médical a beaucoup changé par rapport à ce qu'il était dans le passé, ne serait-ce qu'en raison de sa forte féminisation.

M. Marc Bernier a rappelé que la Cour, dans son rapport de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale en 2006, avait insisté sur l'insuffisance, et parfois l'inexistence, du contrôle informatique du traitement des feuilles de soins. La création en 2006 par M. Xavier Bertrand, alors ministre chargé de la santé, d'un comité national de lutte contre les fraudes a peut-être porté des fruits. Qu'en est-il exactement ?

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a indiqué que la Cour des comptes entendait contrôler en 2008 les suites qui ont été données aux observations qu'elle a formulées. Elle n'a pas évoqué ce problème dans son rapport de 2007 parce que les solutions demandent nécessairement du temps. Une appréciation portée dès 2007 aurait été sans doute négative, et elle l'aurait été injustement, car elle n'aurait pas donné l'idée du mouvement qui s'est enclenché.

M. Pierre Morange a rappelé que les amendements au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avaient instauré un fichier informatique national, croisé avec un fichier multiple. Ces dispositions, votées en novembre 2006, devaient faire l'objet d'un décret, qui n'est toujours pas paru.

M. Christian Paul a relevé avec satisfaction la proposition faite par la Cour d'élargir l'assiette des prélèvements sociaux en y incluant les revenus des stock-options. C'est là une piste que le législateur ne pourra ignorer. C'est bien dans un effort de justice dans l'effort de contribution des Français qu'il faut rechercher une partie de la solution, qu'il s'agisse des comptes de l'assurance maladie ou de ceux du régime de retraite.

Un désert médical est en train de s'installer dans un certain nombre de territoires. Le problème ne touche plus seulement les zones rurales, mais aussi des villes, des quartiers, parfois des départements entiers, avec des conséquences sur l'organisation et l'efficacité du système de soins, même à dépense constante.

L'existence d'un désert médical produit également des effets pervers : on transporte plus de malades, on les soigne plus tardivement. Il est bon que la Cour ait mis l'accent sur l'inefficacité des incitations fiscales et financières, qui sont aujourd'hui totalement inefficaces, car les jeunes médecins s'installent en fonction d'un choix de vie, et non pas de choix fiscaux ou financiers.

La Cour a certes évoqué la possibilité d'introduire des incitations négatives, mais c'est la question de la liberté d'installation totale des médecins qui est aujourd'hui posée. Il sera sans doute nécessaire d'envisager des formes de régulation plus directives, voire une évolution du statut des médecins. La médecine salariée peut, par exemple, être une partie de la solution à un problème qui constitue un véritable abandon de certaines populations. Des mesures vigoureuses sont nécessaires.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a remercié M. Christian Paul de son appréciation de la position prise par la Cour sur les niches sociales. S'agissant de la démographie médicale, la question de l'adaptation de la liberté d'installation doit être posée. La désertification médicale et les distorsions qui l'accompagnent sont un facteur d'aggravation non seulement de la situation sanitaire, mais aussi de celle des comptes sociaux.

Le président Pierre Méhaignerie a souligné que les maisons de santé, notamment dans les zones rurales, constituent également une solution au problème de la désertification. Puis, il a remercié le Premier président de la Cour des comptes d'avoir, par l'ampleur de ses travaux, fourni à la représentation nationale une base de travail particulièrement appréciable.

B. AUDITION DE M. XAVIER BERTRAND, MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ, DE MME ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN, MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, ET DE M. ÉRIC WOERTH, MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu **M. Xavier Bertrand**, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, **Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, et **M. Eric Woerth**, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 au cours de sa séance du jeudi 11 octobre 2007.

Le président Pierre Méhaignerie et M. Didier Migaud, président de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, ont souhaité la bienvenue aux ministres avant de leur laisser la parole.

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a estimé que les Français étaient légitimement préoccupés par la situation financière de la sécurité sociale. Le gouvernement apporte des réponses fortes et équilibrées à leurs inquiétudes : des mesures fortes pour moderniser le système de santé et prolonger le travail des seniors ; des mesures équilibrées qui concernent tous les acteurs du système : assurés, entreprises, professionnels de santé en ville et à l'hôpital.

Ce projet vise d'abord à rompre avec la fatalité des déficits : près de 12 milliards en 2007 et de 14 milliards en 2008 si le gouvernement n'agit pas. Or le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ramène le déficit en dessous de 9 milliards par un effort équilibré de maîtrise des dépenses et de nouvelles ressources. Par ailleurs, en 2008, les branches famille et accidents du travail retrouveront l'équilibre ; le déficit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sera, quant à lui, ramené à 4,3 milliards, soit son niveau le plus faible depuis 2002.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale engage une étape nouvelle en privilégiant quatre axes d'actions.

Premier axe : la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et la modernisation du système de santé. Un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 2,8 % est ambitieux mais réaliste : il tient compte de l'impact de la franchise et correspond en fait à une évolution de 3,4 % de l'ONDAM global. C'est par ailleurs un taux suffisant pour répondre aux besoins du système de santé et qui permet de réaliser un effort substantiel en faveur des personnes âgées et handicapées (+ 6,5 %). Cet objectif est réaliste parce que les efforts de maîtrise médicalisée sont renforcés et que des améliorations structurelles sont apportées à l'organisation des soins – financement intégral des hôpitaux par la tarification à l'activité (T2A), mesures visant à améliorer la

répartition des professionnels sur le territoire. Ce taux devra être impérativement respecté.

Deuxième axe : une action forte en faveur de l'emploi des seniors, la clé du redressement des comptes résidant dans le prolongement de l'activité. Des mesures sont donc mises en place afin de dissuader les entreprises de faire partir les seniors en retraite ou en préretraite. Ce sont 350 millions de recettes supplémentaires qui sont ainsi attendues. Les recettes supplémentaires prévues dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale seront de 2 milliards pour la sécurité sociale dont près de 1,6 milliard pour le régime général. Elles résultent tout d'abord du réexamen de la pertinence et de l'impact de certains dispositifs d'exonération de cotisations. Une contribution sera également demandée à l'industrie des produits de santé. Enfin, la mise en place du prélèvement à la source sur les dividendes, prévu en projet de loi de finances, devrait rapporter 1,3 milliard.

La Cour des comptes a par ailleurs relancé le débat sur les stock-options et la contribution de ces revenus extrasalariaux au financement de la protection sociale. C'est certes un bon débat, mais posé avec de mauvais chiffres. La Cour surévalue en effet un certain nombre de points en prétendant que la sécurité sociale perd 3 milliards de recettes – elle se livre à des hypothèses par trop générales, voire hasardeuses, sur l'évolution des cours de la bourse et elle fait comme si l'assujettissement à un taux de 38 % ne conduisait pas à réduire le volume des stock-options. Le gouvernement est prêt à discuter d'une mesure permettant de renforcer la contribution des stock-options – mais aussi des actions attribuées gratuitement – au financement de la protection sociale. Leur régime fiscal n'est d'ailleurs pas si avantageux, les salariés acquittant 11 % de prélèvements sociaux : la question se pose plutôt en termes de contribution de l'employeur, mais avec un taux raisonnable qui ne nuise pas à l'attractivité de la France.

Troisième axe : ce projet contient une série de mesures phares visant à rétablir la clarté et la sincérité des relations financières entre l'État et la sécurité sociale. Il met fin au débat stérile, parce que neutre pour les finances publiques, de la dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale. L'État a remboursé sa dette de 5,1 milliards à l'endroit du régime général le 5 octobre. Cette opération réduit de 55 millions les charges financières de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en 2007 et de 220 millions en 2008, ce qui améliore d'autant la situation du régime général. Pour que les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets, le gouvernement a défini dans le projet de loi de finances pour 2008 une budgétisation appropriée pour les dispositifs gérés par la sécurité sociale mais financés par l'État – aide médicale d'État, allocation de parent isolé, *etc.*

Il sera également imposé aux gestionnaires des différents programmes que les dotations destinées à ces différents dispositifs soient effectivement versées et non pas consacrées à un autre objet en fonction des aléas budgétaires. Enfin,

l'impact des mesures relatives aux heures supplémentaires sera intégralement compensé. Le gouvernement est parti de l'évaluation connue à ce jour des heures supplémentaires, pour un coût de 5,1 milliards en année pleine ; l'impact sera réévalué pour réajuster la compensation, si nécessaire. L'État prend ainsi entièrement à sa charge, en 2007 et 2008, le financement des exonérations sur les heures supplémentaires, mais aussi les allègements des charges sur les bas salaires en complétant le panier fiscal actuel par le transfert de nouvelles recettes fiscales, notamment l'intégralité des droits sur les tabacs et de la taxe sur les salaires – dont une fraction restait à l'État – et la TVA brute sur les alcools. Au total, les recettes fiscales transférées au régime général devraient passer de 21 à près de 27 milliards.

Il faut aussi engager rapidement une concertation sur un schéma de redressement durable du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA).

Quatrième axe : ce projet de loi de financement de la sécurité sociale contient un important volet consacré à la lutte contre la fraude. La première priorité est le développement des échanges d'informations entre les services. La deuxième priorité est le renforcement des pouvoirs de contrôle des agents, qui seront habilités à recueillir des informations vis-à-vis de tiers tels que les banques ou les fournisseurs d'énergie. La troisième priorité est le renforcement des sanctions. Des peines planchers seront mises en place en cas de travail dissimulé : les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les caisses de la mutualité sociale agricole (MSA) pourront ainsi procéder à un redressement forfaitaire correspondant à six mois de salaire minimum. Le gouvernement travaille également à une procédure de suspension de certaines prestations en cas de fraude.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale contient des mesures fortes et structurantes répondant aux enjeux de maîtrise des comptes publics. Il faudra les approfondir en prenant le temps de la concertation sur les trois chantiers ouverts : financement de la protection sociale, partage entre assurance collective et responsabilité individuelle et, enfin, rendez-vous sur les retraites.

Le président Pierre Méhaignerie a rappelé s'agissant des fraudes que M. Pierre Morange avait déposé un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoyant l'interconnexion des réseaux. Le Parlement l'avait accepté, mais le décret est toujours attendu.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a indiqué que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est, ainsi que le qualifie M. Yves Bur, fondateur. Il s'agit en effet d'engager des réformes structurelles qui permettront d'assurer la pérennité d'un système solidaire et de répondre aux attentes des Français mais également de faire progresser la qualité des soins et de porter un coup d'arrêt à certains modes de gestion par trop chaotiques de notre système de santé. Il faut être en mesure de

prendre en charge de nouveaux besoins de santé – maladie d’Alzheimer, cancer, soins palliatifs – tout en respectant l’exigence de solidarité entre les générations. Il n’est pas possible de grever les comptes de l’assurance maladie et de faire payer aux générations futures le prix d’éventuelles inconséquences. Au préalable, il convient de donner au système les moyens de se réformer. C’est la raison pour laquelle l’ONDAM est équilibré : 2 % pour la médecine de ville, à quoi il faut ajouter 1,2 % par l’effet des franchises, soit 3,2 % ; le taux est identique pour l’hôpital. Cet ONDAM réaliste est conçu pour accompagner la réforme de l’hôpital et tient compte de la progression tendancielle des soins de ville. Il offre en outre des marges de manœuvre qui supposent l’application des mesures d’économies prévues dans ce projet.

Il convient également de donner au système davantage de latitude pour sa réorganisation et sa modernisation. L’hôpital, notamment, attend quelques restructurations utiles, sur le plan tant de l’efficience que de la qualité des soins.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale constitue donc une occasion propice au redéploiement des moyens et à l’amélioration qualitative du système de soins : tel est en particulier le sens de la mesure forte qui consiste à porter la T2A à 100 %. La logique de responsabilité commande l’ensemble de ces mesures : pour mieux soigner, il faut mieux gérer et vice-versa ; tel est le cercle vertueux qu’il faut promouvoir.

L’évolution de la démographie médicale n’est en rien une fatalité mais elle doit être l’occasion de réfléchir aux moyens de mieux assurer la proximité et la permanence des soins. Comment accepter en effet le creusement des inégalités territoriales ? Comment accepter qu’il y ait neuf fois moins de cardiologues en Mayenne qu’en Loire-Atlantique ? Comment concevoir que 4 millions de Français peinent à accéder à un médecin de famille ? Le gouvernement est soucieux de défendre le principe de la liberté d’installation mais il veut tout autant répondre aux préoccupations concrètes des Français qui attendent une répartition plus harmonieuse des professionnels de santé sur le territoire.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a tout d’abord rappelé que la branche accidents du travail – maladies professionnelles et la branche famille sont en équilibre cette année, ce qui n’empêche pas de prendre des mesures nouvelles, notamment en faveur de l’amélioration de la situation des ayants droit de personnes décédées d’un accident de travail ou d’une maladie professionnelle ; s’agissant de la branche famille, le principe de modulation de l’allocation de rentrée scolaire (ARS) a été acté – une concertation aura lieu puis des décrets seront pris. Son montant, à ce jour, n’est en revanche pas encore fixé. L’enjeu est également de faire en sorte que, pour des familles modestes, le fait de prendre une assistance maternelle n’occasionne pas de charges plus élevées qu’une place en crèche.

S’agissant de la branche vieillesse, un certain nombre de mesures ont été décidées : si les entreprises ne font pas assez de place aux seniors, elles seront

sanctionnées, un système de bonus-malus semblant le plus approprié ; les préretraites d'entreprises doivent être quant à elles beaucoup plus taxées ; de même, il faudra changer de politique s'agissant des mises à la retraite d'office en encourageant les entreprises vertueuses.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, a rappelé que l'ONDAM médico-social progresse de 6,5 %, soit 8,5 % pour les personnes âgées et 5,3 % pour les personnes handicapées. Pour ces dernières, il faut tout d'abord tendre à une amélioration de la situation sur un plan quantitatif avec 2 200 places supplémentaires en établissements et services pour enfants et plus de 4 900 places nouvelles pour adultes handicapés. Sur le plan qualitatif, les places disponibles seront adaptées à des problématiques jusqu'ici insuffisamment prises en compte : polyhandicap, autisme et troubles graves du comportement. Par ailleurs, un plan des métiers du handicap et de la dépendance sera expérimenté dans des régions pilotes, ce qui permettra de disposer d'un outil de gestion prévisionnelle et partenariale.

Il faut également rendre effectives les ambitions de la loi du 11 février 2005. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale y contribuera à travers l'extension de la prestation de compensation du handicap (PCH) aux enfants. Le mécanisme de droit d'option entre le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation compensatoire du handicap (PCH) permettra aux parents d'enfants lourdement handicapés de bénéficier d'une meilleure prise en charge des frais qu'ils engagent pour l'accompagnement de leurs enfants.

Pour les personnes âgées, ce sont 650 millions qui seront débloqués. En permettant aux personnes âgées dépendantes de rester aussi longtemps qu'elles le souhaitent dans leur domicile, le projet de loi de financement de la sécurité sociale poursuit l'effort engagé en termes de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) – 6 000 places – ainsi que d'accueil de jour et d'hébergement temporaire, notamment pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Un effort est également accompli à travers le financement de 7 500 places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – contre 5 000 en 2007 – et la poursuite de leur médicalisation. Enfin, la nouvelle tarification permettra de prendre en compte non seulement la charge de travail liée à la dépendance mais la charge en soins médicaux et techniques requis par les résidents, avec pour conséquence un renforcement en personnels.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est également l'occasion de mettre en œuvre un plan d'investissement pour lever les blocages au développement des établissements et services médico-sociaux. Les compétences de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) seront élargies pour favoriser l'investissement, non seulement dans le bâti existant mais également dans les places nouvelles des établissements médico-sociaux. Dès l'an prochain, 250 millions seront débloqués sur les réserves de la CNSA, ce qui permettra de diminuer les délais et les coûts restant à charge des familles.

Un débat a suivi l'exposé des ministres.

Le président Pierre Méhaignerie a souligné combien il importe d'avoir des éléments précis en la matière tant les différents acteurs sont nombreux.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que l'objectif est de parvenir à l'équilibre des comptes d'ici 2010. Quelles sont donc les pistes envisagées ? En outre, si le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) se porte mieux, le FFIPSA demeure quant à lui un véritable casse-tête. Il importe également d'ouvrir « le coffre des niches sociales » : stock-options, primes de licenciement et de départ à la retraite, attributions d'actions gratuites. Le gouvernement est-il prêt à poursuivre le travail de remise à niveau afin que tous les revenus contribuent à la protection sociale ?

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est bien structuré, la maîtrise médicalisée des dépenses en restant le pivot. Néanmoins, comment la combinaison de mesures sur l'offre de soins et sur une meilleure régulation permettra-t-elle de parvenir à équilibrer structurellement les comptes de l'assurance maladie ?

L'instauration de franchises représente certes un effort pour 45 millions de Français mais ils seront surtout vigilants quant à l'utilisation des 850 millions qu'ils auront contribué à dégager, notamment pour les chantiers sanitaires définis par le Président de la République. Comment une telle transparence peut-elle être garantie ?

Quelles sont, enfin, les propositions du gouvernement afin de calmer « le jeu » des dépassements d'honoraires dans le secteur 2 ? La seule information préalable mais partielle des patients est-elle suffisante ? Ne peut-on faire preuve de plus de rigueur ?

Mme Marianne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, a souligné combien ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est volontariste, réaliste et responsable. Le réalisme, c'est le courage d'un ONDAM pertinent ; la responsabilité, c'est le courage des mesures concernant les franchises mais aussi le développement de la T2A et le renforcement des coopérations hospitalières. Il s'agit, en définitive, de proposer aux Français un véritable contrat de santé et de protection sociale.

Par ailleurs, est-il possible d'avoir des précisions sur l'ARS et les hypothèses de sa modulation ? S'agissant des données qui ont conduit à accepter l'assurabilité des franchises prévue à l'article 36, quelles sont les positions des organismes complémentaires d'assurance santé eu égard aux conditions posées pour bénéficier des avantages réservés aux contrats responsables ? Enfin, l'apurement de la dette de l'État à hauteur de 5,1 milliards est certes considérable mais la question des besoins de trésorerie ne s'en pose pas moins. Le relèvement du plafond d'emprunts de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

(ACOSS) en cours d'année constitue-t-il une mesure pérenne ? Comment améliorer la situation de la trésorerie du régime général ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a demandé si l'on peut attribuer la dégradation de la situation financière de la sécurité sociale à un échec de la réforme. La réponse à cette question doit être très nuancée car, sans réforme, le déficit aurait été encore plus important. Cette dernière doit donc être amplifiée, notamment s'agissant de la maîtrise médicalisée des dépenses, les postes « inflationnistes » étant connus.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte des engagements importants sur le plan structurel, notamment en ce qui concerne l'offre de soins ambulatoires. De nouveaux rapports seront également instaurés entre les médecins et les caisses. Pour réussir tout cela, il importe de poursuivre un partenariat conventionnel positif, constructif et évolutif. Comment le gouvernement conçoit-il le partenariat actuel ? Comment peut-il évoluer ? En outre, le texte prévoit l'unification du tarif, à titre exceptionnel, des prestations d'hospitalisation au niveau des établissements publics, ce qui pourrait avoir pour effet une baisse des tarifs de l'ordre de 3,7 %. Cela n'entraînera-t-il pas une diminution des ressources pour les établissements ? De surcroît, il importe de flécher le produit des franchises sur les trois chantiers sanitaires présidentiels. Quid, enfin, des maisons médicales et des relations entre médecines de ville et hospitalière ? Sera-t-il possible de flécher les financements ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, s'est interrogé sur la revalorisation des pensions de retraite prévue à hauteur de 1,1 % en 2008. Ce taux est le résultat de l'application des mécanismes prévus par la loi portant réforme des retraites, mais cela provoque quelques crispations. La loi a prévu qu'un coup de pouce pourra être proposé par la conférence tripartite qui se réunira à la fin du mois de novembre ou au début du mois de décembre alors que le projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2008 aura été adopté par le Parlement. Or la loi prévoit qu'une correction de revalorisation ne peut intervenir que dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale suivant. Comment, dans ces conditions, le gouvernement compte-t-il agir ?

En outre, les comptes du régime général témoignent une nouvelle fois du poids financier des départs anticipés à la retraite en raison de carrières longues. Ce sont 430 000 personnes qui ont bénéficié de ce dispositif : si l'on peut certes s'en féliciter, ce mécanisme continuera néanmoins d'accroître les charges de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) de 2,3 milliards par an de 2008 à 2010 et en 2012, la charge sera encore de 2 milliards. Comment le gouvernement juge-t-il cette évolution ? Plutôt que de se concentrer sur les départs anticipés pour carrière longue, ne faut-il pas s'interroger sur l'effet très réduit de la surcote ? Ne faut-il pas, de surcroît, renforcer les mesures favorisant le taux d'emploi des seniors – comme le projet de loi de financement de la sécurité sociale le fait en matière de préretraite et de mise à la retraite d'office – et établir un statut interprofessionnel de la pénibilité permettant de mettre en place des compensations ?

Par ailleurs, le bilan de la mise en place du droit d'information des assurés sur leur retraite est positif, l'action du groupement d'intérêt public (GIP) Info-Retraite faisant l'unanimité. Enfin, le rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 consacré à l'assurance vieillesse finalisera quelques propositions d'améliorations, notamment tirées de l'observation du système allemand, mais il semble préférable d'attendre la fin de la montée en charge du système en 2011 pour procéder à des modifications.

M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille, a estimé que la branche famille est le parent pauvre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, beaucoup s'interrogeant d'ailleurs sur la stratégie gouvernementale en la matière et a posé les questions suivantes :

– Quid du projet du gouvernement visant à créer un conseil d'orientation de la politique familiale ? Quels seraient son rôle, sa composition, ses missions ? Qu'en sera-t-il de la conférence de la famille en 2007 et du devenir des autres organes de concertation tel le Haut conseil de la population et de la famille ?

– Devant la Commission des comptes de la sécurité sociale, le 24 septembre dernier, un certain nombre de réformes ont été évoquées en matière de prestations familiales. Quel en sera le coût ? En quoi consistera la réforme des majorations pour âge des allocations familiales ? La suppression de la majoration actuelle à l'âge de 11 ans pour la reporter à l'âge de 14 ans permettra-t-elle à la branche famille d'économiser 80 millions ? Serait-il possible d'avoir un chiffrage de la majoration pour âge de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) ? Qu'en est-il de la contribution de la branche famille au fonds de financement de la protection de l'enfance ?

– Enfin, les enfants handicapés bénéficiant de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) pourront opter entre le complément à cette allocation et la prestation de compensation du handicap (PCH), mais les maisons départementales de personnes handicapées pourront-elles instruire dans un délai raisonnable les demandes de prestation de compensation alors qu'elles ont déjà beaucoup de mal à instruire dans un délai raisonnable les demandes pour les adultes handicapés ? Quel sera l'impact financier de cette mesure pour les départements ? Fera-t-elle économiser à la branche famille 50 millions, en faisant l'hypothèse que les familles ayant les enfants les plus lourdement handicapés opteront pour la prestation de compensation ?

M. Gilles Carrez, rapporteur général de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, a tout d'abord rappelé que la commission des finances a adopté, hier, à l'unanimité le prélèvement à la source de la CSG sur les dividendes, ce qui entraînera une recette supplémentaire de 1,3 milliard pour les comptes sociaux.

Ne faut-il pas intégrer la gestion de la dette de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dans la gestion de la dette de l'État ? Comment,

s'agissant cette fois de la dette de l'ACOSS, éviter une trop grande vulnérabilité aux variations des taux d'intérêt ? Par ailleurs, s'il est bon que l'État ait remboursé sa dette – à hauteur de 5 milliards – au titre des allègements ciblés et des différentes allocations sociales, une dette d'un milliard apparaît néanmoins dans la gestion de l'exercice 2007. N'en ira-t-il pas de même en 2008 ? Les crédits au titre des exonérations ciblées et des allocations sociales qui sont encore dans le budget de l'État sont-ils provisionnés, afin de ne pas recréer une nouvelle dette ? Les recettes fiscales transférées au régime général devraient donc passer de 21 milliards à près de 27 milliards mais le budget de l'État connaît un déficit de 42 milliards. Si la réforme des heures supplémentaires porte ses fruits, cela coûtera certes plus cher en termes de compensation à l'État mais, en même temps, l'UNEDIC aura des ressources complémentaires. Comment, dans le cadre de la globalisation des comptes, évaluer ces évolutions de compensation ?

La question de l'élargissement de l'assiette des financements sociaux à travers les stock-options a été abordée mais le problème est plus général. Une meilleure articulation entre la réforme fiscale et celle des prélèvements sociaux est en effet nécessaire : pas de paiement de CSG sur les plus-values immobilières au bout de quinze ans ; pas de CSG sur les plus-values de valeurs mobilières en deçà du seuil de 20 000 euros ; pas de CSG non plus sur les plus-values professionnelles jusqu'à hauteur de 500 000 euros.

Il faut absolument protéger les financements sociaux et, pour ce faire, ne pas constituer une série de niches sociales. Un débat de fond doit s'engager en la matière.

Mme Marisol Touraine s'est associée aux propos finaux de M. Gilles Carrez mais a considéré avant tout que le projet de loi de financement de la sécurité sociale témoigne de l'échec de la réforme de 2004, censée ramener l'équilibre des comptes de la sécurité sociale en 2007 : nombre de mesures que le gouvernement propose dans ce projet de loi s'inscrivant dans la lignée de celles préconisées en 2004, il est permis de s'interroger sur leur efficacité. En outre, ce projet repose sur une hypothèse de croissance de 2,25 % alors qu'elle sera sans doute inférieure à 2 %. Dans ces conditions, l'instauration de franchises est fort problématique. Au-delà d'une opposition de principe à cette dernière réforme, c'est l'instauration d'une nouvelle taxation qui est préoccupante. Par ailleurs, comment répondre aux enjeux posés par la démographie médicale alors que le gouvernement ne souhaite pas remettre en cause la liberté d'installation des praticiens ?

Si le gouvernement, comme il semble que cela soit probable, renonce aux mesures prévues par les articles 32 et 33, quelles initiatives compte-t-il prendre pour garantir l'accès aux soins primaires dans un certain nombre de zones déficitaires ? S'il est par ailleurs possible de comprendre l'augmentation des prélèvements sur les dispositifs de préretraites afin de dissuader les employeurs de recourir à ce type de mesures, il est en revanche incompréhensible d'agir de la

même manière avec les salariés. Enfin, il est regrettable qu'aucun financement ne soit prévu pour le fonds de réserve des retraites.

M. Jean-Luc Prével a regretté que la discussion de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne soit pas l'occasion de débattre avant tout de l'accès à la santé pour l'ensemble des Français, tout en saluant néanmoins l'effort de transparence et de gestion de l'État s'agissant du remboursement de la dette à l'endroit du régime général et du transfert de recettes fiscales.

La réforme de 2004 prévoyait que l'équilibre des comptes serait atteint en 2007, or comment financer un déficit de 15 milliards ? L'article 8 constitue assurément un progrès puisqu'il décrit les prévisions des dépenses et des recettes jusqu'en 2012. Le total du déficit s'élevant semble-t-il sur cette période à 42 milliards alors que la croissance se situerait entre 2,5 % et 3 %, l'inflation à 1,6 % et l'ONDAM à 1,5 %, comment envisager un financement ? Que penser, par ailleurs, de la ligne de trésorerie de 44 milliards ? Est-ce une ligne pour les « fins de mois » ? Quels en sont, en particulier, les frais financiers ?

L'ONDAM est certes réaliste mais il n'est toujours pas médicalisé. Un affichage à 3,2 %, identique donc pour les médecines de ville et hospitalière, est-il tenable sachant qu'un « effet franchise » est prévu dans le cadre de la médecine de ville ? Quel sera cet effet, sachant que la franchise constitue une moindre dépense pour l'assurance maladie et que son produit sera affecté aux plans Alzheimer et cancer ? Quid du financement des besoins en personnels ?

Concernant l'hôpital et le passage de la T2A à 100 %, que reste-t-il des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ? Les tarifs seront-ils stables ou diminueront-ils si l'activité augmente ? Quid des contrats d'objectifs et de moyens ? Les établissements disposeront-ils d'un budget prenant en compte l'activité réelle ? Existe-t-il un risque de sélection des patients, par exemple dans le cas des affections de longue durée ? Enfin, les franchises médicales seront-elles prises en compte par les organismes complémentaires dans le cadre de contrats responsables ou non ?

Mme Martine Billard a estimé que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne permettra pas de garantir un égal accès aux soins et qu'une fois de plus il est moins question de santé que de finances, la maîtrise des dépenses étant de moins en moins médicalisée et de plus en plus financière. Puis elle a posé les questions suivantes :

– Des décisions seront-elles prises pour limiter les dépassements d'honoraires ?

– Quid du dossier médical personnel (DMP) et de la répartition des sommes qui lui sont dévolues avec celles concernant directement les soins de santé ?

– Quelles seront les conséquences de la généralisation de la T2A sur l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chirurgicale dans les hôpitaux, alors que le forfait a très peu été réévalué?

– L'ONDAM de la médecine de ville ayant été dépassé, quels mécanismes mettre en œuvre afin qu'il n'en soit plus de même en 2008?

– Quelles seront les conséquences de l'article 13, prévoyant l'affiliation obligatoire à l'assurance maladie des personnes effectuant des « petits boulots » ?

– S'agissant de la maladie d'Alzheimer, le projet prévoit le libre choix du maintien à domicile ; or c'est bien plutôt le libre choix de l'accès aux différentes structures qui devrait être garanti.

– Enfin, comment l'extension des soins infirmiers à domicile sera-t-elle possible compte tenu de la pénurie de ces personnels et de l'existence de quotas pour ce type de soins ?

Le président Pierre Méhaignerie a demandé si, entre les craintes des internes et de la position de la CNAM sur les déserts médicaux, la clarification du financement des maisons de garde ainsi que le cofinancement des maisons de santé avec les collectivités locales ne constitueraient pas une solution ?

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a estimé qu'il importe avant tout de ne pas accumuler la dette. Le projet de loi de finances pour 2008 prévoit ainsi une augmentation des dépenses liées aux compensations des prestations de la sécurité sociale – aide médicale d'État, allocation aux adultes handicapés, allocation de parent isolé – pour une hausse globale de plus de 600 millions ; les dispositifs qui relèvent de la gestion de l'Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNEDIC) étant quant à eux augmentés à hauteur de 700 millions, il s'agit de ne pas creuser le décalage entre ce que l'État rembourse à la sécurité sociale et ce que la sécurité sociale ou l'UNEDIC règlent. Les frais financiers s'élèveront en 2008 à 1,1 milliard. La non-augmentation des taux d'intérêt à hauteur de ce qu'elle semblait devoir être a par ailleurs fait gagner à l'ACOSS 4 millions au mois de septembre. L'écart de gestion entre la CADES et France Trésor est aujourd'hui presque inexistant, les conditions d'emprunt de la CADES étant comparables à celles de France Trésor. Par ailleurs, les règles de gestion de la CADES sont assez strictes et il importe de les maintenir. Enfin, chaque niche sociale doit être examinée sans tabou.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a noté que le passage total à la T2A s'accompagne d'un mécanisme de coefficients attribués à chaque établissement visant à majorer ou à minorer les tarifs nationaux. Si l'établissement a un coefficient inférieur à 1, cela signifie que les ressources dont il bénéficie sont inférieures à ce qu'il recevrait avec un coefficient uniquement par tarif ; si le coefficient est supérieur à 1, ces ressources sont supérieures aujourd'hui à ce qu'il recevra avec un financement uniquement

par tarif. Dans les deux cas, les coefficients inférieurs ou supérieurs à 1 convergeront progressivement vers 1, cette valeur étant atteinte en 2012 pour tous les établissements. Le passage à 100 % de T2A est complété par une gestion progressive des effets-revenu qui permet aux établissements de prendre les mesures d'adaptation nécessaires. La T2A ne concerne pas les MIGAC, non plus que les missions liées à la recherche et à l'innovation.

La franchise, quant à elle, ne vise pas à combler le déficit des comptes de l'assurance maladie et l'objectif de dépenses des soins de ville hors impact de celle-ci est bien de 3,2 %. Néanmoins, il n'était pas inutile de se poser la question des dépenses les plus dérivantes – dont celles des médicaments – tout en ouvrant de grands chantiers sanitaires. En outre, 15 millions de Français sont exonérés du système de franchises, plafonnées d'ailleurs à 50 euros par an, soit 4 euros par mois.

S'agissant de la démographie médicale, le principe de la liberté d'installation demeure fondamental. Le gouvernement tient à rouvrir la négociation conventionnelle à ce sujet et à y faire participer en particulier les jeunes médecins, internes ou chefs de cliniques. Des mesures incitatives et non coercitives seront proposées.

La nouvelle politique conventionnelle s'exprime tout d'abord à l'article 25 : pour que l'ONDAM soit tenable, le gouvernement a prévu un certain nombre de stabilisateurs : les mesures de revalorisation des honoraires médicaux seront ainsi suspendues en cas de déclenchement de la procédure d'alerte. L'article 29 vise quant à lui à rénover les missions confiées à la Haute autorité de santé (HAS) et indique que la question financière peut être un élément d'évaluation du parcours de soin efficient. L'article 30 permet à des médecins volontaires de faire des efforts supplémentaires de maîtrise médicalisée des dépenses et l'article 33, enfin, rénove profondément la démarche conventionnelle quant à la question de la démographie médicale.

La diminution de la dotation initiale de 70 millions ne remettra pas en question le financement des maisons de garde et des maisons de santé, cette baisse étant liée à la diminution du financement du DMP. Ces maisons permettent non seulement de renforcer la permanence des soins mais elles correspondent aux souhaits des professionnels en faveur d'un développement de l'exercice groupé. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 propose par ailleurs de mettre en œuvre une expérimentation pour financer sur l'ONDAM un certain nombre de structures de ce type.

Le gouvernement, dans le cadre de la T2A, réfléchit à un réexamen de la rémunération des IVG à l'hôpital, afin qu'il soit toujours possible à toutes les femmes d'y recourir.

Enfin, l'affichage des dépassements d'honoraires est obligatoire ; un fléchissement étant constaté dans ce domaine, des sanctions seront établies.

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a précisé que l'article 13 relatif aux cotisations forfaitaires pour les « petites activités économiques » va dans le sens d'une simplification des déclarations et des formalités.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a rappelé que le coût de la rentrée scolaire varie du simple au double du primaire au collège et du simple au triple du collège au lycée. Le montant de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) étant stable, une modulation s'impose, comme le demandent d'ailleurs les associations familiales. Doit-elle être faite en fonction des tranches d'âge ou du niveau de scolarisation ? Il importe avant tout que le principe en soit voté. Il ne s'agit en rien d'exclure des familles de son bénéfice.

La revalorisation des pensions de retraite est fixée à 1,1 %. C'est moins que l'inflation prévue car cette revalorisation avait été l'an dernier supérieure de 0,5 % à l'inflation. À la fin du mois de novembre, la commission de revalorisation des pensions, composée des partenaires sociaux, se réunira ; elle constatera le maintien ou non du pouvoir d'achat et le gouvernement, alors, prendra ses responsabilités. Même si la loi prévoit en effet qu'une augmentation ne peut avoir lieu que dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, un rendez-vous important sur les retraites aura lieu en 2008, avec des conséquences législatives. Des engagements sur le pouvoir d'achat, en outre, ont été pris pendant la campagne présidentielle.

Les différents plans pour l'emploi des seniors ont jusqu'ici peu fonctionné et c'est toute une philosophie qui est à revoir. La question de la pénibilité, par ailleurs, est cruciale : la différence d'espérance de vie entre un ouvrier et un cadre supérieur est, par exemple, scandaleusement importante. La pénibilité peut aussi être prise en compte à travers un aménagement du temps de travail. Il est aussi possible de s'inspirer de pays comme la Suède. Il était juste de permettre à ceux qui avaient commencé de travailler très jeunes de partir à la retraite avant l'âge de soixante ans. Le droit à l'information, enfin, demeure également essentiel.

Le Conseil de la famille doit être quant à lui une instance permanente permettant d'avoir une vision prospective de la politique familiale, comme le Conseil d'orientation des retraites ou le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans leurs domaines respectifs. Le gouvernement réfléchit à sa composition : partenaires sociaux, personnalités qualifiées, associations familiales, *etc.*

Les 30 millions prévus par la loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance seront bien versés. La participation de l'État relève de la médecine scolaire au titre du ministère de l'éducation nationale mais aussi des réseaux d'aide et d'appui à la parentalité avec, dans ce dernier cas, un concours financier des conseils généraux. Les conventions avec les départements sont en cours de rédaction.

La logique des préretraites intéresse nombre d'entreprises mais aussi les salariés ; or ces derniers cotisent au titre de la CSG, à la différence des préretraités. Il importe donc de rétablir l'égalité.

Enfin, le Fonds de réserve pour les retraites sera alimenté à hauteur d'1,7 milliard mais il ne sera toujours pas possible d'y ramener l'argent qui a été détourné pour financer les 35 heures.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, a rappelé que 72 100 jeunes bénéficient de l'AEEH ; pour 13 500 d'entre eux, les droits arrivent à échéance à la fin de 2008 ; selon les estimations, 6 000 environ choisiront la PCH dès 2008. L'économie d'AEEH à hauteur de 25 millions est fondée sur cette hypothèse de bénéficiaires et par référence au montant moyen versé aujourd'hui aux adultes, soit 1 300 euros. Les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) disposeront en 2008, outre des personnels mis à disposition par l'État – ce qui représente 30 millions ou 1 300 équivalents temps plein –, de 30 millions de la CNSA. Une compensation financière des refus est prévue à hauteur de 8,5 millions. Dans le cadre du comité de suivi de la loi qui sera installé le 23 octobre prochain, un groupe de travail s'attachera aux améliorations à apporter au fonctionnement des MDPH en lien avec les départements. Enfin, le droit d'option entrera en vigueur en avril pour laisser aux maisons le temps de s'organiser.

S'agissant des soins infirmiers à domicile, 6 000 places nouvelles ont été créées – pour un montant de 60 millions – ainsi que 2 000 emplois d'aides-soignantes. Il ne convient pas d'opposer domicile et établissement.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé qu'il était discutable qu'il faille un nouveau dispositif gouvernemental avec un ministre des comptes pour présenter le budget de la sécurité sociale et a posé les questions suivantes :

– Aujourd'hui le déficit porté par l'ACOSS n'est plus une facilité ; c'est un déficit structurel critiqué en tant que tel par la Cour des comptes. En 2008 le gouvernement sera obligé de faire reprendre cette facilité de trésorerie par la dette sociale. Quel moyen est-il envisagé pour régler ce problème ?

– Par ailleurs les mesures envisagées pour traiter du problème de la désertification médicale n'apparaissent pas clairement. La rédaction initiale de l'article 1^{er} de la loi du 13 août 2004 avait été amendée pour souligner que les pouvoirs publics devaient garantir un égal accès au soin sur tout le territoire. Or cela ne correspond pas à la réalité, ce qui nous place devant un choix fondamental : cette garantie relève-t-elle de la responsabilité de l'État ou est-elle subordonnée aux négociations conventionnelles ?

M. Georges Colombier a d'abord évoqué la question des maisons médicales de garde et la pérennité des crédits les concernant : M. Xavier Bertrand s'y étant montré favorable, il faudrait l'afficher clairement.

Par ailleurs l'installation de médecins semble bien liée à la nécessaire proximité d'une pharmacie, la question des créations étant traitée par l'article 39. À cet égard le seuil de 2 500 habitants vise-t-il la seule commune d'accueil ou peut-il inclure des communes voisines sans pharmacie comme cela est le cas actuellement ? Le fait d'attendre deux ans après la publication du dernier recensement va encore compliquer l'installation de nouvelles pharmacies. La durée de validité d'une demande étant de six mois, les dossiers en cours d'instruction ne devraient-ils pas être traités au regard de la législation actuellement en vigueur ?

Le président Pierre Méhaignerie a ajouté que l'article 39 n'est pas toujours bien compris. Il ne faudrait pas qu'il soit en contradiction avec l'obligation d'ouverture à la concurrence et les travaux de la commission présidée par M. Jacques Attali.

M. Jérôme Cahuzac s'est en premier lieu interrogé sur la franchise dont seront exonérés les enfants, les femmes enceintes et les personnes éligibles à la CMU. Le produit de cette franchise sera affecté au traitement de patients atteints par la maladie d'Alzheimer, bénéficiant de soins palliatifs ou victimes de maladies néoplasiques. Est-il cohérent que ces patients eux-mêmes soient astreints à cette franchise ? Il a été indiqué que cette franchise avait été instaurée, au vu de la dérive des dépenses liées à certains actes ou produits de santé, afin de responsabiliser les patients. Croit-on vraiment, compte tenu des pathologies citées, que cette responsabilisation aura des effets ?

Le projet de loi modifie la définition de certaines affections de longue durée (ALD), qui étaient jusqu'à présent exonérées de ticket modérateur, en raison du coût particulièrement élevé de leur traitement, en introduisant le caractère de gravité de ces affections. Mais comment va-t-on définir la gravité ?

L'avenant conventionnel à la convention médicale de mars dernier a prévu l'augmentation d'un euro du tarif de la consultation des médecins généralistes au milieu de l'année prochaine. Le gouvernement a-t-il l'intention de respecter cet accord, donc de permettre l'entrée en vigueur de ces mesures de revalorisation tarifaire, ou la remise en cause de cet accord s'inscrit-elle dans sa vision de la modernisation et de la revalorisation des relations entre partenaires conventionnels ?

À propos de l'industrie pharmaceutique, il a été précisé que 90 % des consultations débouchaient sur des prescriptions médicamenteuses. Or chacun connaît l'existence du taux K qui permet d'imposer des pénalités financières aux laboratoires pharmaceutiques dont l'augmentation du chiffre d'affaires aurait trop progressé par rapport aux objectifs fixés par le Parlement. Puisque nous en sommes à responsabiliser les différents acteurs de la santé, pourquoi le projet de loi prévoit-il de porter à 1,4 % le taux K pour 2008, alors qu'il était de 1 % l'an dernier, ce qui donnera comme signal à l'industrie pharmaceutique qu'elle aura une marge supplémentaire de 0,4 % pour augmenter son chiffre d'affaires !

Enfin, quels sont les éléments du projet de loi de financement de la sécurité sociale qui permettent au gouvernement d'affirmer que l'ONDAM sera de 3,4 % contre 4,2 % l'an dernier, ce qui nécessiterait la réalisation de plus d'1,3 milliard d'euros d'économies, tout en prévoyant la revalorisation des tarifs de consultation des médecins et compte tenu du signal donné à l'industrie pharmaceutique ?

M. Gérard Bapt a relevé que M. Éric Woerth avait indiqué que l'intégralité des droits sur le tabac serait désormais transférée sur le budget de la sécurité sociale. Pourquoi une mesure identique n'est-elle pas prévue pour les droits sur l'alcool ?

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a d'abord répondu à M. Jean-Marie Le Guen que le déficit étant structurel, les réformes mises en œuvre sont également structurelles. Ainsi une réflexion approfondie est menée sur le financement de la protection sociale. Il faut donc attendre le résultat de ce travail et du rendez-vous de 2008 sur les retraites pour élaborer une réponse structurelle et globale au problème. Cela est complexe mais chacun a ses responsabilités.

Actuellement la trésorerie est dans l'ACOSS et elle va y rester. En ce qui concerne le panier fiscal, le gouvernement n'était pas obligé d'affecter immédiatement de nouvelles ressources mais il a préféré le faire. Pour le tabac l'ensemble des droits a été transféré et le maximum a été fait pour ceux sur l'alcool.

M. Marc Bernier est également intervenu sur la démographie médicale et sur les maisons médicales de garde, indiquant que le département de la Mayenne est le dernier de France quant à la densité des médecins.

Il est faux de prétendre que les mesures incitatives n'ont aucun effet. La plupart des propositions du rapport fait en 2003 au nom du groupe Santé sur l'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire ont été reprises dans les lois de financement de la sécurité sociale depuis 2004 ainsi que dans la loi du 23 février 2006 sur le développement des territoires ruraux : encourager et rendre attractifs les stages, accorder des bourses aux étudiants, autoriser la réouverture de cabinets secondaires, décroïsonner les secteurs hospitalier et ambulatoire, réaffirmer l'importance des hôpitaux locaux...

Il convient de prendre en compte les spécificités de chaque département et il y a des incitations positives qui produisent leur effet. Ainsi, dans la Mayenne des médecins et des professions paramédicales ont le projet de créer une maison pluridisciplinaire au sein de l'hôpital. Cela permettrait en outre d'assurer les gardes et les urgences. Il faut raisonner par département et par région. On pourrait ainsi envisager un numerus clausus régional et non plus national. Il existe des zones déficitaires même dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. À cet égard, le mot « désertification » est lourd de sens et l'on parlait déjà auparavant de zones

« défavorisées ». Il faut faire attention, y compris dans le vocabulaire utilisé, à ne pas stigmatiser le monde rural, d'autant que certaines régions de montagne et zones périurbaines connaissent le même problème, même si les remèdes à mettre en œuvre ne sont pas les mêmes.

M. Étienne Pinte a relevé que la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports avait indiqué qu'il fallait améliorer la gestion des hôpitaux. Or l'une des difficultés auxquelles sont confrontés les hôpitaux, en particulier ceux d'Île-de-France dont les deux tiers sont en déficit, est que le ministère ne leur a pas accordé les crédits nécessaires aux investissements destinés à restructurer et à agrandir certains services. Ainsi, à Versailles, un service de maternité ne peut pas s'agrandir pour honorer les 3 000 demandes annuelles qu'il reçoit – il est actuellement limité à 1 800 accouchements – alors que cela lui permettrait d'améliorer sa gestion et la tarification à l'activité. Quant aux signatures des contrats d'objectifs et de moyens, leur signature est renvoyée de mois en mois. Quand seront-elles effectuées ?

M. Pierre-Christophe Baguet a d'abord demandé s'il est prévu d'adapter la franchise en fonction du coût unitaire du médicament, pensant en particulier aux médicaments homéopathiques.

Il est heureux que la branche famille retrouve un excédent en 2008, mais les besoins en crèches demeurent très importants. Que devient le désir d'amplifier le plan d'investissement dans ce domaine, sachant que la volonté de rééquilibrer entre les départements avait posé quelques problèmes ? La modulation de l'allocation de rentrée scolaire est une excellente idée, mais faut-il faire des propositions à volume financier constant ou l'enveloppe sera-t-elle augmentée ? Le FSV sera également excédentaire en 2008 et cet excédent ira croissant jusqu'en 2012. Cela permettra-t-il de revenir sur ce « hold-up » sur la branche famille ?

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a souligné que, pour toutes les branches, un peu de clarification ne ferait pas de mal. Un débat sur ce sujet est indispensable.

En ce qui concerne les crèches, il faudra être très attentif à la prochaine convention d'objectifs et de gestion, compte tenu de l'engagement pris durant la campagne électorale sur le droit opposable à la garde d'enfant. L'horizon est celui de la fin du quinquennat. Il convient en effet d'agir de manière prospective et de mener un important travail préparatoire pour savoir qui fera quoi et quels seront les modes de garde ; si certains existent déjà il faudra peut-être en promouvoir ou en inventer d'autres. Se posera également la question du financement, et, puisqu'il a été question de l'article 40 de la Constitution, il faut savoir que le gouvernement sera très ouvert aux propositions en la matière.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a renvoyé les députés l'ayant interrogé sur la démographie médicale à l'exposé des motifs de l'article 33. Il démontre que la démarche conventionnelle

n'est pas une manière pour l'État d'échapper à ses responsabilités. Réfléchir dans un cadre conventionnel élargi impose de ne s'interdire aucune démarche, en particulier en ce qui concerne les mesures incitatives. Du dialogue approfondi avec les syndicats d'internes il est ressorti que ceux-ci n'ont pas uniquement des préoccupations financières ; ils sont également attachés au cadre de vie et aux conditions d'exercice au service des patients. Il ne faut donc pas isoler la question de la démographie médicale des conditions de l'exercice médical.

Pour ce qui est des franchises il n'y a aucune raison d'en exonérer ceux qui bénéficieront ensuite des mesures financées par les fonds ainsi récoltés. Il y a d'ailleurs un plafond annuel de 50 euros et un fléchage pour la redistribution de ces sommes. Par ailleurs aucune mesure du projet de loi de financement de la sécurité sociale ne prévoit de revenir sur la définition des ALD, même s'il est possible d'envisager de s'engager dans cette réflexion. Il est vrai que huit millions de malades concentrent 60 % du financement de l'assurance maladie et que certaines dérives ont été pointées. À cet égard on peut attendre beaucoup du débat sur le bouclier sanitaire et sur le reste à charge pour revisiter certains de ces dossiers, le gouvernement comptant beaucoup sur les parlementaires dans cette analyse à la suite du rapport présenté par MM. Raoul Briet et Bertrand Fragonard.

Pour ce qui est du taux K, il demeure calqué sur les hypothèses de croissance de l'ONDAM. Le projet de loi ne prévoit pas de modification du calcul du taux K : il a donc été fixé. Pour autant l'industrie pharmaceutique est toujours mise à contribution puisqu'il y a une pérennisation de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques.

La question sur le numerus clausus est étrange car celui-ci a été considérablement relevé à la fin du premier cycle d'études médicales (PCEM1) et le problème de la démographie médicale est une question à la fois quantitative et qualitative. Le numerus clausus a été porté à 7 100 alors qu'il était à 3 ou 4 000 il y a une dizaine d'années en application d'une vision malthusienne regrettable. Il est même adapté selon les facultés de médecine et de pharmacie.

M. Marc Bernier a insisté en soulignant qu'il faudrait profiter des agences régionales de santé dont on veut accroître le rôle car, en fait, il s'agit d'un problème territorial puisque la France n'a jamais compté autant de médecins.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a rétorqué en indiquant que cela n'avait rien à voir avec le numerus clausus qui touche les étudiants à l'entrée et à la sortie des facultés. Ensuite les médecins vont où ils veulent ; c'est plutôt une question d'héliotropisme !

M. Marc Bernier a néanmoins souligné que les étudiants ont tout de même tendance à s'installer ensuite dans les régions où ils ont suivi leur formation.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, l'a admis, tout en considérant que cela renvoie plutôt à l'article 34 qu'à la question du numerus clausus.

M. Jérôme Cahuzac a déclaré ne pas comprendre en quoi une franchise versée par quelqu'un frappé de la maladie d'Alzheimer allait le responsabiliser.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, a déclaré avoir entendu les préoccupations de M. Étienne Pinte sur l'hôpital de la commune dont il est maire. La plupart des députés ont la même démarche et il sera possible d'en parler hors du débat en commission.

Il est d'autres médicaments qui sont aussi peu coûteux que les médicaments homéopathiques. Le plafonnement des franchises apportera une garantie aux malades qui se soignent ainsi, mais il n'y a aucune raison pour qu'ils ne soient pas astreints aux franchises. D'ailleurs le fractionnement très important des thérapeutiques homéopathiques permettra au contraire aux intéressés d'atteindre très rapidement le plafond donc de ne plus payer de franchise ! Cette mesure devrait également permettre de donner un nouvel attrait au grand conditionnement.

Les mesures proposées pour la création de pharmacies ont l'avantage d'avoir reçu l'accord de l'Ordre national des pharmaciens et de tous les syndicats représentatifs des pharmaciens. Elles favoriseront un bon maillage sur le territoire.

Le président Pierre Méhaignerie a remercié les ministres.

II.- EXAMEN DU RAPPORT

Après le départ des ministres, constatant qu'aucun commissaire ne demandait à intervenir au titre de la discussion générale, **le président Pierre Méhaignerie** a indiqué que la prochaine réunion de la commission serait consacrée à l'examen des amendements.

III.- EXAMEN DES ARTICLES

La commission a procédé à l'examen des articles du présent projet de loi au cours de ses séances des mardi 16 octobre et mercredi 17 octobre 2007.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2006

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006

Le présent article propose d'approuver un ensemble de données au titre du dernier exercice clos, conformément aux dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale.

D'une part, le 1^o du A du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la loi de financement de la sécurité sociale de l'année approuve « *les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de cet exercice* ».

D'autre part, en vertu du 2^o du A du I du même article, la loi de financement « *approuve, pour ce même exercice, les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette* », c'est-à-dire les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

1. La cohérence des tableaux d'équilibre

C'est la première année que trouve à s'appliquer une innovation introduite par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) : désormais, le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) « *comprend l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos présentés dans la partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos* ».

Le rapporteur salue cet apport et se félicite que le travail de la Cour vienne ainsi éclairer le débat parlementaire sur cet article de nature comptable. Il ne s'agit évidemment pas ici pour elle de procéder à la certification des comptes du régime

général, mais simplement de donner un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre présentés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Constatant que ces tableaux ne comportent que trois agrégats (charges, produits et résultat net), la Cour les qualifie de « *comptes de résultat consolidés [...] présentés sous une forme simplifiée* ». De fait, faute de personnalité morale du régime général et, *a fortiori*, de l'entité constituée par l'ensemble des régimes, il n'est pas juridiquement possible de parler de comptes, ce que pallie la notion de tableau d'équilibre. Au demeurant, à la différence du rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, les tableaux d'équilibre n'aboutissent pas à un chiffre unique consolidant les résultats de l'ensemble des régimes obligatoires de la sécurité sociale (régime général, régime agricole et autres régimes) et des fonds de financement (FSV et FFIPSA).

Cela étant, la Cour exprime des réserves quant au processus de construction de ces tableaux d'équilibre, mettant d'abord en lumière une absence de vérification de la cohérence générale des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC), produits par les régimes et organismes de sécurité sociale, avec leurs comptes annuels. En outre, les modalités de ventilation par branche de certains produits et charges que sont contraints d'effectuer les régimes gérant plusieurs branches ne font pas l'objet d'un suivi suffisamment précis.

Si la Cour a pu certifier les comptes du régime général, le cas échéant avec réserves (*cf.* article 23), les autres régimes de sécurité sociale n'ayant pas fait l'objet d'un audit en 2006 représentent 75 % des charges et produits des régimes de base, étant en outre précisé que le FSV et le FFIPSA ne disposent pas de commissaire aux comptes. Dans ces conditions, il est encore trop souvent impossible de trouver dans des audits externes les éléments d'assurance utiles à la vérification des données utilisées pour la réalisation des tableaux d'équilibre. Enfin, la Cour considère que l'outil de consolidation des comptes de résultat des régimes et branches « *ne permet pas de disposer d'états de synthèse comptables et financiers appropriés pour l'analyse et le contrôle des résultats annuels de la sécurité sociale* ».

Elle observe par ailleurs que certains retraitements effectués sur les comptes des régimes et branches contreviennent au principe de non-compensation des charges et produits. Les sommes en jeu, si elles n'ont pas d'effets sur les résultats nets des branches, ont toutefois pour effet de minorer substantiellement le montant affiché des charges et produits de certaines branches : 11,4 milliards d'euros pour le régime général et 14,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes, tenant pour une grande part au traitement des reprises sur provisions pour prestations sociales et dépréciation des créances sur les prestataires (respectivement 7,8 milliards d'euros et 10,1 milliards d'euros).

Dès lors, la Cour juge que la manière dont sont construits les tableaux d'équilibre fait apparaître des limites susceptibles d'affecter la fiabilité des données financières qui y sont présentées. Elle présente donc dans son rapport ses

propres données consolidées pour 2006 (hors FSV et FFIPSA), au regard de celles qui sont soumises à l'approbation du Parlement ainsi que des prévisions initiales ou révisées, d'abord pour l'ensemble des régimes obligatoires de base :

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

(en milliards d'euros)

	Réalisé (PLFSS 2008)			Réalisé (Cour des comptes)			Prévisions en LFSS 2006	Prévisions en LFSS 2007
	Recettes	Dépenses	Solde	Produits	Charges	Résultat net		
Maladie	160,1	166,0	- 5,9	171,4	177,3	- 5,9	- 7,0	- 5,9
Vieillesse	162,2	163,2	- 1,0	163,9	164,9	- 1,0	- 1,8	- 1,6
Famille	52,9	53,7	- 0,8	53,8	54,6	- 0,8	- 1,1	- 1,2
AT-MP	11,2	11,3	- 0,1	11,8	11,9	- 0,1	- 0,1	0,0
Transferts internes	-	-	-	- 5,1	- 5,1	-	-	-
Total	381,4	389,2	- 7,8	395,8	403,6	- 7,8	- 10,1	- 8,8

Sources : PLFSS 2008, Cour des comptes (RALFSS septembre 2007)

Pour le seul régime général, le tableau d'équilibre s'établit comme suit :

Tableau d'équilibre 2006 du régime général

(en milliards d'euros)

	Réalisé (PLFSS 2008)			Réalisé (Cour des comptes)			Prévisions en LFSS 2006	Prévisions en LFSS 2007
	Recettes	Dépenses	Solde	Produits	Charges	Résultat net		
Maladie	137,5	143,4	- 5,9	146,7	152,6	- 5,9	- 6,1	- 6,1
Vieillesse	83,0	84,9	- 1,9	83,7	85,6	- 1,9	- 1,4	- 2,4
Famille	52,5	53,4	- 0,9	53,5	54,4	- 0,9	- 1,2	- 1,3
AT-MP	9,8	9,9	- 0,1	10,2	10,3	- 0,1	- 0,2	0,0
Transferts internes	-	-	-	- 5,0	- 5,0	-	-	-
Total	277,8	286,6	- 8,7	289,2	298,0	- 8,7	- 8,9	- 9,7

Sources : PLFSS 2008, Cour des comptes (RALFSS septembre 2007)

S'agissant enfin du FSV et du FFIPSA, la différence entre les chiffres du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et ceux de la Cour est relativement mineure (100 millions d'euros).

En conclusion, le rapporteur souligne que la Cour des comptes ne remet pas en cause la validité des soldes des tableaux d'équilibre présentés par le projet de loi de financement et qu'elle constate la permanence de leur méthode d'établissement, laquelle autorise donc la comparaison entre différents exercices, en particulier de vérifier dans quelle mesure les objectifs fixés en loi de financement ont été respectés en exécution. Ainsi que le note la Cour, ces tableaux permettent en outre de procéder à une analyse synthétique au sein d'une architecture qui demeure d'une grande complexité.

2. L'analyse des données pour 2006

• *Le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale*

Le 1^o du présent article porte approbation du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base, excluant donc les résultats des organismes concourant à leur financement (FSV, FFIPSA).

Le résultat pour 2006 fait apparaître un déficit de 7,8 milliards d'euros, contre 11,6 milliards d'euros en 2005. Cette évolution favorable tient au dynamisme des recettes :

- relèvement du taux des cotisations, dont ont bénéficié les branches vieillesse et accidents du travail à compter du 1^{er} janvier 2006 ;
- taxation, essentiellement non reconductible, des revenus des plans d'épargne-logement de plus de dix ans ;
- progression de l'assiette salariale du secteur privé.

Parallèlement, la hausse des dépenses est demeurée soutenue, tant pour la branche maladie (+ 8,7 % pour les établissements) que pour celles des accidents du travail (principalement en raison de versements au FCAATA et au FIVA), de la vieillesse (enregistrant déjà l'accélération des départs anticipés) et de la famille (consécutives notamment à la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant – PAJE).

De ce fait, comme en 2005, toutes les branches continuent d'afficher un solde négatif, même si l'exécution se révèle globalement plus favorable que les prévisions initiales de la LFSS pour 2006 (– 10,1 milliards) ou que les prévisions révisées de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (– 8,8 milliards).

Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale permet de disposer de données sur les autres régimes que le régime général. La Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) continue ainsi d'afficher un léger excédent (369 millions d'euros), de même que les différentes branches du RSI (anciennement CANAM, ORGANIC et CANCAVA). En revanche, le solde du régime des exploitants agricoles demeure négatif (221 millions d'euros).

Afin d'appréhender la dimension réelle de la situation des comptes sociaux, il convient d'ajouter au déficit des régimes obligatoires de sécurité sociale celui des organismes concourant à leur financement (FSV et FFIPSA). Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale fournit les chiffres suivants, révélateurs de la tendance toujours peu satisfaisante des finances sociales en 2006 : 10,5 milliards d'euros de déficit pour le régime général et les fonds, contre 14,2 milliards d'euros en 2005.

• *Le tableau d'équilibre du régime général*

Le 2° du présent article porte approbation du tableau d'équilibre du seul régime général, dont le déficit atteint 8,7 milliards d'euros, contre 11,6 milliards d'euros en 2005. Compte tenu de la part qu'occupe le régime général dans l'ensemble des régimes, son évolution n'est pas fondamentalement différente de celle qui vient d'être décrite, les prévisions de déficit ayant été fixées à 8,9 milliards d'euros en loi de financement 2006 puis à 9,7 milliards d'euros en loi de financement pour 2007.

Dans ces conditions, le solde de trésorerie de l'ACOSS (hors reprise de dette de la CADES) s'est élevé à – 11,4 milliards d'euros, contre – 16,9 milliards d'euros en 2005. Cependant, le solde du compte unique de disponibilités courantes (CUDC) ouvert auprès de la Caisse des dépôts et consignations, qui atteignait – 6,9 milliards d'euros fin d'année 2005, s'élevait à – 12,6 milliards d'euros au 31 décembre 2006.

La dégradation de ce solde (– 5,7 milliards d'euros) a été inférieure au déficit comptable du régime général en 2006 (– 8,7 milliards d'euros), car elle a été atténuée par la reprise du déficit de la branche maladie, effectuée à hauteur de 5,7 milliards d'euros au second semestre. Ont en revanche contribué à l'alourdir l'avance de la CNAM destinée à permettre aux hôpitaux de faire face à la mise en place de la tarification à l'activité (1 milliard d'euros), l'accroissement des dettes de l'État à l'égard du régime général (475 millions d'euros) et la charge du financement du FSV pesant sur la CNAV (300 millions d'euros).

L'amélioration de la situation du régime général a bénéficié à toutes les branches, seule la branche vieillesse n'ayant pas amélioré son solde.

Bien que d'un montant élevé (– 5,9 milliards d'euros), le déficit de la branche maladie recule cependant par rapport à 2005, où il avait atteint 8 milliards d'euros. Outre le dynamisme des recettes, la décélération des dépenses a contribué à cette évolution, tant de l'ONDAM que des dépenses d'invalidité, même si certaines autres charges (intérêts, compensation avec les autres régimes, opérations d'apurement) ont fortement augmenté.

Le déficit de la branche vieillesse est resté stable (– 1,9 milliard d'euros), sous l'effet de la montée en charge de la mesure relative aux retraites anticipées (1,8 milliard d'euros) et de l'arrivée à l'âge de soixante ans de la génération du *baby boom*, avec plus de 710 000 départs à la retraite, soit 70 000 de plus qu'en 2005. Les charges financières ont atteint près de 260 millions d'euros, en raison de l'absence structurelle de réserve de trésorerie de la CNAV, des insuffisances des remboursements du FSV et de l'État ainsi que du déficit de la CNAV elle-même. Mais le taux de cotisation ayant augmenté de 0,2 point au 1^{er} janvier, l'évolution des produits s'est révélée dynamique (+ 5,3 %).

Le déficit de la branche famille s'est réduit de plus 400 millions d'euros, tenant au dynamisme des prestations légales (+ 4,5 %), sous l'effet de la poursuite

de la montée en charge de la PAJE, et de la contribution au FNAL, mais à la quasi-stabilité des dépenses d'action sociale, qui s'explique cependant en grande partie par des régularisations comptables, suite à la surestimation des dépenses au titre de 2005. Parmi les augmentations de ressources bénéficiant spécifiquement à la branche, on relève l'augmentation des frais de gestion payés par l'État au titre de l'APL (avec application rétroactive à l'exercice 2005) et un produit exceptionnel d'environ 200 millions d'euros au titre de l'annulation d'une dette envers les régimes agricoles jusqu'alors indûment comptabilisée par la CNAF.

Malgré la forte augmentation des dotations aux fonds amiante (+ 27 %), la branche des accidents du travail, qui a bénéficié d'une hausse de 0,1 point du taux de cotisation au 1^{er} janvier, a pu ainsi améliorer son résultat de près de 400 millions d'euros, le déficit ne s'élevant finalement qu'à 59 millions d'euros.

• *Tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base*

Le 3^o du présent article porte approbation du tableau d'équilibre des deux organismes qui ont concouru en 2006 au financement des régimes obligatoires de base, le FSV et le FFIPSA. En effet, en 2006, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui avait contribué en 2005 au financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées, a cessé d'être un organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base, l'ONDAM médico-social ayant été intégré aux produits et charges de cette caisse.

– Le FSV

Créé en 1994, le FSV est un établissement public de l'État chargé de financer les avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale et servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale : majorations de pensions et validation de périodes assimilées à des périodes d'assurance. Le dernier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale dispose que ses recettes et ses dépenses doivent être équilibrées.

Après un déficit de 2 milliards d'euros en 2005, le solde du fonds est demeuré négatif en 2006 (– 1,3 milliard d'euros), mais en nette régression, quoiqu'un petit peu en retrait par rapport à la prévision révisée en loi de financement pour 2007 (– 1,2 milliard d'euros). De même que pour les régimes de sécurité sociale proprement dits, la hausse de ses charges en 2006 a été plus que largement compensée par celle de ses produits.

Pour la première fois depuis 2002, la contribution du FSV au titre du chômage a diminué, notamment pour les retraites de base du régime général et du régime des salariés agricoles, malgré la forte revalorisation de la cotisation de référence au travers de la dernière étape de l'unification du SMIC et de l'augmentation de 0,2 point du taux de la cotisation vieillesse : la baisse du

nombre de personnes concernées par la validation des périodes de chômage (- 7,6 %) traduit mécaniquement l'amélioration de la situation de l'emploi.

Les prestations constitutives du minimum vieillesse ont modérément progressé (+ 2,9 %), du fait de la poursuite de la diminution du nombre de bénéficiaires de l'allocation supplémentaire et de la progression du nombre de bénéficiaires de l'allocation spéciale. Les majorations pour enfants élevés ou pour conjoint à charge, compensées à 60 % par la CNAF, ont augmenté de 4,6 %.

Compte tenu de la forte part de la CSG et du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital dans les ressources du fonds, celui-ci a considérablement bénéficié de la taxation des plans d'épargne-logement de plus de dix ans.

Cela étant, les déficits cumulés depuis 2002 s'élevaient, au 31 décembre 2006, à près de 5 milliards d'euros.

– Le FFIPSA

Créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004, le FFIPSA est un établissement public de l'État chargé de succéder au budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) afin d'assurer le financement du régime des non-salariés agricoles. Le FFIPSA, alimenté par un financement spécifique, comporte trois sections (famille, maladie, vieillesse), est chargé d'effectuer les versements correspondants à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Contrairement au FSV, il peut emprunter.

En 2005, première année de son fonctionnement, le fonds a enregistré un déficit de 1,4 milliard d'euros, mais l'article 117 de la loi de finances rectificative pour 2005 a autorisé le transfert à l'État, à hauteur de 2,5 milliards d'euros, des dettes contractées par la CCMSA pour assurer le financement du FFIPSA, laissant néanmoins subsister une créance du FFIPSA sur l'État de 618 millions d'euros, correspondant à l'écart entre le déficit 2004 du BAPSA (3,2 milliards d'euros) et la reprise de dette (2,5 milliards d'euros).

En 2006, la situation du FFIPSA a continué d'être défavorable, avec un déficit de près de 1,3 milliard d'euros. L'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avait approuvé un tableau d'équilibre faisant apparaître un solde négatif de 1,9 milliard d'euros. Mais cette amélioration est presque entièrement imputable à un produit exceptionnel au titre des droits sur les tabacs (réforme des faits générateurs des taxes affectées, permettant de rattacher davantage de droits à l'exercice) et à la reprise de la provision pour arrêté tardif en dotation globale hospitalière, qui n'est plus retracée dans les comptes depuis 2006.

À la fin de l'exercice, le déficit cumulé atteignait donc 3,3 milliards d'euros.

- *L'objectif national de dépenses d'assurance maladie*

Le 4° du présent article porte approbation du montant des dépenses constatées en 2006 entrant dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ce montant s'élève à 141,8 milliards d'euros, pour un objectif fixé à 140,6 milliards d'euros en loi de financement pour 2006. Le dépassement constaté par la Commission des comptes de la sécurité sociale correspond à 0,8 % de son montant initial.

En 2005, pour la première fois depuis sa mise en place, l'ONDAM avait été respecté en montant, même si son taux de progression avait été en réalité supérieur à celui que l'on pouvait déduire implicitement de la loi de financement, compte tenu de la réévaluation à la baisse de la base 2004. Tel n'est donc pas le cas en 2006, où l'ONDAM a augmenté globalement de 3,1 %, en raison du dépassement du sous-objectif relatif aux soins de ville (1,4 milliard d'euros), alors que les sous-objectifs des établissements de santé et des établissements médico-sociaux ont chacun réalisé une économie de 100 millions d'euros.

- *Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites*

Le 5° du présent article porte approbation du montant de la dotation au titre de 2006 au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), soit un peu plus de 1,5 milliard d'euros, en très légère progression par rapport à 2005 (+ 1 %). En l'absence, contrairement à 2005, de reversement d'excédents de la CNAV – et, *a fortiori*, du FSV –, il s'agit, à hauteur de 99,4 %, de la part réservée au fonds au titre du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital, soit 65 %. L'évolution de ce prélèvement est demeurée particulièrement dynamique en 2005 (+ 21 %), en raison de la bonne tenue des marchés financiers et de la mesure relative aux plans d'épargne-logement de plus de dix ans.

Le produit des placements net de charges financières s'est élevé à 2,2 milliards d'euros, en forte progression par rapport à 2005, où il n'avait atteint que 786 millions d'euros. Au 31 décembre, le FRR avait activé 26,1 milliards d'euros sur ses 31,3 milliards d'euros de réserves (y compris solde des industries électriques et gazières et plus-values latentes). La répartition des actifs était de 62,2 % en actions, 26,3 % en obligations et 11,5 % en trésorerie.

En fin d'exercice, selon les données fournies par la Cour des comptes, la valeur des capitaux propres s'établit à 27,5 milliards d'euros, par addition du cumul des abondements (21 milliards d'euros) et des résultats (3,9 milliards d'euros) ainsi que des plus-values latentes sur instruments financiers (2,6 milliards d'euros).

Le conseil de surveillance du fonds a arrêté le 16 mai 2006 une nouvelle allocation stratégique de placement, introduisant des « actifs diversifiants » (investissements sur les marchés non cotés, immobilier, indices de matières premières et infrastructures) et réduisant la part des obligations. Cette diversification vise à la fois à réduire le risque global et améliorer le rendement du

portefeuille. Le FRR souhaite ainsi porter de 55 % à 60 % les placements en actions (dont 33 % en zone euro et 27 % hors zone euro), ramener à 30 % les obligations (respectivement 21 % et 9 %) et introduire 10 % d'actifs diversifiants.

Par ailleurs, dans le cadre son rôle d'investisseur institutionnel, le FRR a adhéré aux principes d'investissement responsable (PRI) de l'Organisation des Nations unies, traduisant son souci de se comporter en investisseur « socialement responsable », c'est-à-dire menant une politique active d'exercice de ses droits de vote sur la base de lignes directrices publiques et prenant en compte dans la gestion financière des valeurs collectives favorables à un développement économique, social et environnemental équilibré.

Dès 2005, le fonds avait lancé un appel d'offres pour un montant de 600 millions d'euros afin de choisir des gérants spécialisés ayant un processus d'investissement responsable, auxquels il a assigné le respect de cinq principes : respecter les droits de l'homme et les droits fondamentaux au travail ; développer l'emploi en améliorant la qualité de la gestion des ressources humaines ; assumer ses responsabilités en matière d'environnement ; respecter le consommateur et les règles de fonctionnement du marché ; enfin, promouvoir les règles de bonne gouvernance des entreprises. Ces mandats ont été activés dès le second semestre de 2006.

- *La dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale*

Le 6° du présent article porte approbation du montant de la dette amortie par la CADES en 2006 : 2,8 milliards d'euros, contre 2,6 milliards d'euros en 2005, soit un montant supérieur à celui fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (2,4 milliards d'euros) et conforme à l'objectif rectifié en loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Ce chiffre correspond au principal de la dette sociale remboursé par la CADES en 2006, lui-même égal au résultat brut d'exploitation. Il s'agit du produit annuel des contributions pour le remboursement de la dette sociale (5,5 milliards d'euros) – en augmentation significative (+ 5,8 %) du fait de la croissance économique et de l'assujettissement des revenus des plans d'épargne-logement de plus de dix ans (la CRDS sur les seuls produits de placement a bondi de 31,8 %) – duquel est soustrait le produit net bancaire, c'est-à-dire la charge nette des intérêts (2,7 milliards d'euros).

La progression constatée en 2006 du montant de la dette amortie annuelle doit s'apprécier, comme le précise la Cour des comptes, « *compte tenu de la suppression, à partir de 2006, du versement annuel à l'État pour un montant de 3 milliards d'euros au titre du remboursement des charges d'intérêt et de l'amortissement du principal de la dette du régime général reprise par l'État à la fin de 1993* ».

La situation nette négative – c'est-à-dire le montant de la dette restant à amortir – passe de 72,7 milliards d'euros à 75,6 milliards d'euros suite à la reprise

de 5,7 milliards d'euros de dette et à l'affectation du résultat positif de l'exercice pour 2,8 milliards d'euros.

Selon l'annexe 8 au présent projet de loi, la CADES a emprunté en 2006 14,9 milliards d'euros sur les marchés de capitaux à moyen et long termes, poursuivant la transformation de l'endettement à court terme résultant de la reprise de dette votée en 2004. L'encours moyen de titres monétaires est ainsi passé de 8,5 milliards d'euros à 3,5 milliards d'euros. Le volume émis est en forte diminution par rapport à 2005 (35,3 milliards d'euros) ; il a été majoritairement (43,5 %) réalisé en obligations en euros, mais la part des financements en devises a augmenté, passant de 15 % à près de 16 %. Les émissions d'obligations indexées viennent ensuite (11 %), tandis que le recours aux produits structurés et placements privés est demeuré stable en volume.

L'endettement à moins d'un an, qui s'élevait à 15 milliards d'euros en 2005, a été ramené à 9,4 milliards d'euros en 2006, au profit de l'endettement de un à cinq ans (28,7 milliards d'euros) et, surtout, de l'endettement à plus de cinq ans (37,2 milliards d'euros).

La CADES a poursuivi sa stratégie d'émission d'emprunts de référence en euros qui garantissent la visibilité de la signature et établissent sa valeur de référence. La proportion importante des émissions en dollars transformées en euros et à taux flottant s'explique par des conditions de liquidité et de financement particulièrement avantageuses sur ce marché tout au long de 2006, la CADES ayant toutefois émis au cours de l'année son emprunt le plus long (dix ans) en dollars. Elle a également poursuivi sa stratégie de diversification, avec la mise en place d'un programme d'émission de droit australien, comprenant deux emprunts à trois et cinq ans, ainsi que le lancement d'un premier emprunt en dollars canadiens.

En juillet 2006, la CADES a remboursé sa première obligation indexée sur l'inflation, pour un montant nominal de 3,7 milliards d'euros. Afin de maintenir une proportion satisfaisante de son passif indexé ainsi que sa présence en tant qu'émetteur de référence sur ce segment de marché, elle a lancé l'émission d'une nouvelle souche à dix ans de maturité pour un montant de 1,25 milliard d'euros. Deux augmentations d'encours de souches existantes de 200 millions d'euros chacune ont par ailleurs été opérées en début d'année.

Enfin, les programmes à court terme (billets de trésorerie, *euro-commercial paper* et *US commercial paper*) ont porté sur 19,8 milliards d'euros en 168 transactions, dont 81 % libellées en dollar, limitant ainsi le recours aux financements bancaires à court terme. La ligne de crédit à un an par un groupe de dix banques pour un montant de 10 milliards d'euros a donc pu être reconduite à la baisse (5 milliards d'euros) et elle n'était utilisée, au 31 décembre, qu'à hauteur de 100 millions d'euros.

À cette date, la structure de l'endettement était la suivante : 29 % à taux révisable, 54 % à taux fixe et 17 % à taux indexé, pour un taux d'intérêt global (au

31 juillet) de 3,96 %. Au 30 juin 2006, la performance annuelle de l'actif (trésorerie comprise) était de 11,2 %, contre 12,4 % en 2005.

*

La commission a *adopté* l'article 1^{er} sans modification.

Article 2

Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2006

En vertu du 3^o du A du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale *« approuve le rapport mentionné au II de l'article L.O. 111-4 et, le cas échéant, détermine, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, les mesures législatives relatives aux modalités d'emploi des excédents ou de couverture des déficits du dernier exercice clos, tels que ces excédents ou ces déficits éventuels sont constatés dans les tableaux d'équilibre »*. Le II de l'article L.O. 111-4 dispose en effet que *« le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos »*.

Ce rapport constitue l'annexe A au présent projet de loi de financement. Il présente les mesures relatives à l'affectation des excédents ou à la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er}, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006. Il convient de préciser que le document ne porte que sur un seul exercice, et non sur les excédents ou déficits cumulés de plusieurs exercices.

Comme en 2005, les tableaux d'équilibre montrent que toutes les branches des régimes obligatoires de la sécurité sociale ont été déficitaires en 2006, de même que le FSV et le FFIPSA.

Le rapport annexé au présent article doit donc décrire le mode de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2006. Il est divisé en deux parties :

– une première partie consacrée, comme en 2005, au seul régime général et n'évoquant donc pas les résultats des autres régimes de base ;

– une seconde partie consacrée aux organismes concourant au financement de ces régimes, à savoir, en 2006, le FSV et le FFIPSA.

1. Le régime général

Le rapport distingue entre la branche maladie, dont le déficit 2006 fait l'objet d'une reprise par la CADES, et les autres branches, dont la situation, en l'absence de mesures spécifiques, a exercé un impact considérable sur la trésorerie des organismes concernés.

- *La branche maladie*

Il s'agit de la principale source du déficit de l'exercice 2006 pour le régime général, dont la branche maladie, avec un montant de 5,9 milliards d'euros, représente plus des deux tiers.

L'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dispose que la couverture des déficits prévisionnels de la branche maladie « *au titre des exercices 2005 et 2006 prévus par les lois de financement de la sécurité sociale de ces mêmes années est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros* ».

En 2005, la reprise de dette a été effectuée pour un montant de 6,61 milliards d'euros, correspondant au déficit prévisionnel (8,3 milliards d'euros) duquel était soustraite une « avance » de 1,69 milliard d'euros versée à la fin de 2004, résultant d'une moindre reprise au titre de la dette cumulée à fin 2004 (soit 33,31 milliards d'euros au lieu des 35 milliards autorisés par la loi).

En 2006, la reprise de dette a porté sur 5,7 milliards, soit le déficit prévisionnel (6 milliards d'euros) minoré d'une régularisation de 300 millions d'euros au titre de 2005, le déficit constaté étant de 8 milliards d'euros (contre 8,3 milliards d'euros en prévision).

En 2007, l'ACOSS devrait reverser 65 millions d'euros à la CADES afin de prendre en compte le déficit finalement constaté en 2006, légèrement inférieur aux 6 milliards d'euros initialement prévus.

Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2007, les reprises de dette opérées en 2004, 2005 et 2006 ont permis à l'ACOSS d'économiser respectivement 156 millions, 825 millions et 1,3 milliard d'euros de frais financiers. Au titre du régime général de 2004 à 2006, la CADES aura ainsi repris 47,25 milliards d'euros, pour une autorisation totale qui avait été fixée à 50 milliards d'euros.

- *Les branches vieillesse, famille et accidents du travail-maladies professionnelles*

Comme l'an passé, le FRR ne pourra bénéficier de versements de la branche vieillesse, à nouveau déficitaire (– 1,9 milliard d'euros). Ses besoins de financement ont donc été couverts par des avances de trésorerie de la Caisse des

dépôts et consignations, occasionnant des frais financiers en forte progression. Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale indique qu'ils sont passés de 92 millions d'euros en 2005 à 257 millions d'euros en 2006 : au déficit proprement dit de la branche se sont en effet ajoutés l'absence de réserves de trésorerie de la CNAV (ses excédents ayant été reversés au FRR), les dettes du FSV (dans l'impossibilité de rembourser la totalité des sommes qu'il doit à la CNAV, *cf. infra*) et les retards de paiement de l'État pour les compensations d'exonérations.

La couverture des déficits de la branche famille (900 millions d'euros) et de la branche AT-MP (100 millions d'euros) s'inscrit, avec ceux des autres branches, dans le cadre du plafond de ressources non permanentes du régime général fixé par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, soit 18,5 milliards d'euros.

2. Les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

- *Le Fonds de financement des prestations sociales agricoles*

Succédant en 2005 au BAPSA, le FFIPSA a pris en charge la dette de ce dernier pour un montant de 3,2 milliards d'euros. En application de l'article 117 de la loi de finances rectificative pour 2005, cette dette a été apurée à hauteur de 2,5 milliards d'euros par un versement de l'Agence France Trésor.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 autorise le FFIPSA à contracter des emprunts pour un montant maximal de 7,1 milliards d'euros. Sur sa délégation, c'est la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) qui a conclu les emprunts de trésorerie rendus nécessaires par l'accroissement du déficit cumulé du fonds, qui s'est accru du solde négatif à nouveau enregistré en 2006 (- 1,3 milliard d'euros), pour atteindre 3,3 milliards d'euros en fin d'exercice.

Compte tenu du versement de 2,5 milliards d'euros susmentionné, qui est intervenu en janvier 2006, l'encours total de dette du FFIPSA est passé de près de 4 milliards d'euros fin 2005 à 3,1 milliards d'euros fin 2006. Les charges financières, qui s'élevaient à 78 millions d'euros en 2005, ont progressé de 10 % en 2006, pour atteindre 86 millions d'euros.

Dans son rapport 2007 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes constate que le FFIPSA ne parvient à financer les prestations qu'en demandant à la CCMSA de procéder à un emprunt pour financer son découvert et relève que « *cet emprunt a été garanti par une lettre de confort du FFIPSA alors même que celui-ci présente une situation nette négative justifiant le recours à cet emprunt. Or, le FFIPSA ne dispose ni des actifs ni de ressources propres lui permettant de faire face à ses engagements.* »

• *Le Fonds de solidarité vieillesse*

Comme le FFIPSA, le FSV a réalisé un déficit de 1,3 milliard d'euros en 2006, portant le déficit cumulé à 5 milliards d'euros en fin d'exercice. Sa problématique demeure identique à celle des années précédentes : contraint de présenter des comptes en équilibre et n'ayant pas le droit d'emprunter, le FSV, par ses retards de paiement, reporte ses difficultés financières sur la branche vieillesse, auprès de laquelle ses dettes s'élèvent à 5,6 milliards d'euros, se traduisant pour la CNAV et la CCMSA par une charge d'intérêts qui s'est élevée à 160 millions d'euros.

*

La commission a *adopté* un amendement de rectification d'une erreur matérielle présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, puis l'article 2 ainsi modifié.

La commission a ensuite *adopté* la première partie du projet de loi ainsi modifiée.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2007

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 3

Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2007

En vertu du 1° du B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général par branche, ainsi que des organismes concourant au financement de ces régimes* ».

En coordination avec le présent article, l'article 6 du projet de loi propose de rectifier les prévisions pour 2007 des objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général : s'agissant de ces régimes, le commentaire de cet article (*cf. infra*) permettra de consacrer des développements spécifiques aux rectifications de dépenses pour 2007.

Les articles de la loi de financement pour 2007 sur lesquels portent les rectifications proposées par le présent article sont :

– l'article 33, fixant les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ;

– l'article 34, approuvant le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

– l'article 35, approuvant le tableau d'équilibre du régime général ;

– l'article 36, approuvant le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

1. Les régimes obligatoires de base

Le 1° du présent article porte rectification des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Ces prévisions de recettes, telles que fixées par l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, et ce tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 34 de la même loi, sont mises en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications que propose d'y apporter l'article 3 du présent projet de loi.

Tableau d'équilibre 2007 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2007			Projet de loi de financement pour 2008		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	166,2	170,1	– 4,0	166,8	173,4	– 6,6
Vieillesse	167,7	170,6	– 2,9	168,0	172,1	– 4,0
Famille	54,6	55,3	– 0,7	54,7	55,1	– 0,5
AT-MP	11,5	11,4	+ 0,1	11,3	11,6	– 0,3
Total (hors transferts)	394,8	402,3	– 7,5	395,5	406,9	– 11,4

Sources : LFSS 2007, PLFSS 2008

Il est proposé de rectifier légèrement à la hausse les recettes de l'ensemble des régimes (+ 0,2 %). Par rapport à 2006, elles se caractérisent globalement par leur dynamisme (+ 3,5 %), particulièrement marqué pour la branche maladie.

Il est par ailleurs proposé de rectifier le déficit de l'ensemble des régimes en adoptant une prévision aggravée de près de 4 milliards d'euros. Cette évolution est imputable aux deux tiers à la branche maladie et, pour le reste, à la branche vieillesse et à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans la mesure où la branche famille s'acheminerait vers un déficit un peu moins important que prévu.

2. Le régime général

Le 2° du présent article porte rectification des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre du régime général.

Ces prévisions de recettes, telles que fixées par l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, et ce tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 35 de la même loi, sont mises en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications que propose d'y apporter l'article 3 du présent projet de loi.

Tableau d'équilibre 2007 du régime général

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2007			Projet de loi de financement pour 2008		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	142,8	146,7	- 3,9	143,5	149,7	- 6,2
Vieillesse	85,4	88,9	- 3,5	85,4	90,0	- 4,6
Famille	54,1	54,9	- 0,8	54,3	54,8	- 0,4
AT-MP	10,3	10,2	+ 0,1	10,0	10,4	- 0,4
Total (hors transferts)	287,5	295,5	- 8,0	288,0	299,6	- 11,7

Sources : LFSS 2007, PLFSS 2008

Sans surprise, les grandes lignes de ce tableau sont très largement comparables aux tendances que révèle celui de l'ensemble des régimes.

Il est ainsi proposé de rectifier légèrement à la hausse les recettes du régime général (+ 0,2 %). Par rapport à 2006, elles se caractérisent globalement par leur dynamisme (+ 3,5 %), particulièrement marqué pour la branche maladie.

Il est par ailleurs proposé de rectifier le déficit du régime général, en adoptant une prévision aggravée de 3,7 milliards d'euros. Comme pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, cette évolution est imputable aux deux tiers à la branche maladie et, pour le reste, à la branche vieillesse et à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles, le déficit de la branche famille apparaissant un peu moins important que prévu.

Par rapport à 2006, le déficit du régime général s'accroîtrait de 3 milliards d'euros, presque entièrement imputables à la branche vieillesse, dont le solde négatif serait augmenté de 2,7 milliards d'euros. Après trois exercices au cours desquels les charges ont augmenté moins vite que les produits, 2007 se caractérise par une progression de 3,7 % des recettes (contre 5,8 % en 2006) mais de 4,6 % des dépenses (contre 4,5 % en 2006). Cette inversion des taux de progression des recettes et des dépenses a donc rendu éphémère l'amélioration du solde du régime général constatée l'année passée.

En 2006, la forte augmentation des recettes du régime général tenait à l'évolution favorable de la masse salariale et à l'augmentation des ressources

issues des prélèvements sur les produits du capital (assujettissement des plans d'épargne-logement de plus de dix ans). Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, le contrecoup des recettes exceptionnelles de 2006 exerce un impact négatif de 0,7 point sur l'évolution globale des produits du régime général en 2007, auquel s'ajoutent une progression moins forte des cotisations des travailleurs indépendants et du secteur public ainsi qu'une diminution du produit du droit sur les tabacs affecté à la CNAM.

En outre, comme en 2006, les cotisations augmentent significativement moins vite (+ 3,2 %) que la masse salariale du secteur privé (+ 4,8 %), traduisant la place prise par les exonérations. Celles-ci étant désormais essentiellement compensées par des recettes fiscales affectées et non plus par des dotations budgétaires, la structure de financement du régime général a connu une évolution profonde qui s'est prolongée en 2007, les impôts et taxes affectés (hors CSG) continuant leur progression, pour atteindre 26,7 milliards d'euros contre 24,2 milliards d'euros en 2006.

S'agissant des dépenses, la situation de l'ensemble des branches se dégrade par rapport à 2006, hormis celle de la branche famille.

Le déficit de la *branche maladie* augmenterait de près de 300 millions d'euros, en raison d'une réaccélération des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM, avec des prestations maladie-maternité en hausse de 4,5 % contre 3,5 % en 2006, conduisant à un dépassement de l'objectif de l'ordre de 2,9 milliards d'euros. Les dépenses de prestations invalidité continueraient en revanche de ralentir (+ 3 % contre + 4,8 % en 2006), en raison de la diminution de leur revalorisation et d'une moindre croissance des effectifs concernés. En même temps, le dynamisme des recettes s'est quelque peu essoufflé : au-delà de la tendance affectant l'ensemble du régime général, la branche maladie ne bénéficie pas, en 2007, de plusieurs ressources exceptionnelles de 2006 (contributions de l'industrie pharmaceutique ainsi que produits et taxes liés au médicament, enregistrement des produits à payer au titre des remboursements par les États étrangers des soins dispensés à leurs nationaux).

Stable en 2006, le déficit de la *branche vieillesse* se creuserait fortement, passant de 1,9 milliard d'euros à 4,6 milliards d'euros. Le rythme élevé de départs en retraite constaté en 2006 se maintiendrait, avec en outre une nouvelle progression des charges financières, qui atteindraient 473 millions d'euros. Si les cotisations progressent rapidement (+ 4,8 %), l'évolution globale des ressources serait très ralentie par le recul des transferts du FSV au titre du chômage (- 8,1 %), lié à l'amélioration de la situation de l'emploi et à la moindre progression de la cotisation de référence.

Poursuivant l'évolution constatée en 2006, le solde de la *branche famille* devrait s'améliorer à nouveau de près de 400 millions d'euros, grâce à la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et au ralentissement des prestations liées au handicap. Les prestations extralégales

s'accroîtraient en revanche fortement (+ 8,8 %), en raison du contrecoup des régularisations de charges opérées en 2006. Parmi les facteurs d'évolution des recettes spécifiques à la branche, il faut relever la progression de l'assiette du secteur public moins rapide que celle du secteur privé, le ralentissement des remboursements de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation de parent isolé (API) par l'État ainsi que l'absence des écritures exceptionnelles qui avaient amélioré le résultat de 2006 (frais de gestion de l'aide personnalisée au logement (APL), annulation d'une dette).

Avec 400 millions d'euros de déficit, la *branche des accidents du travail* enregistre l'incidence d'une forte progression des prestations (+ 4,2 %), notamment des indemnités journalières et des soins de ville, de la dotation au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), du transfert au titre de la sous-déclaration et du provisionnement des déficits de trésorerie 2006 et 2007 du FCAATA.

3. Les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Le 3° du présent article porte rectification des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Ce tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, est mis en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications que propose d'y apporter l'article 3 du présent projet de loi.

Tableau d'équilibre 2007 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Loi de financement pour 2007			Projet de loi de financement pour 2008		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
FSV	13,9	14,5	- 0,6	14,0	14,2	- 0,3
FFIPSA	14,5	16,6	- 2,1	14,2	16,5	- 2,3

Sources : LFSS 2007, PLFSS 2008

2007 serait marqué par un double mouvement d'accélération : celle de l'amélioration de la situation du FSV mais aussi celle de la dégradation de la situation du FFIPSA.

- *L'amélioration de la situation du FSV s'accélère*

En raison de la structure de ses produits et de ses charges, les finances du FSV sont très sensibles à la conjoncture économique, particulièrement au nombre de chômeurs indemnisés. Déficitaire de 2 milliards d'euros en 2005, le FSV a ainsi amélioré son solde de 700 millions d'euros en 2006. La tendance

s'accélérait en 2007, avec un déficit ramené à moins de 300 millions d'euros, soit une réduction de près de 1 milliard d'euros. De même, le tableau d'équilibre rectifié pour 2007 traduit-il une amélioration du solde de 300 millions d'euros par rapport au vote de la loi de financement.

En 2007, les produits du FSV s'accroîtraient de 3,5 %, grâce au dynamisme de la CSG – certes moins spectaculaire qu'en 2006 (+ 3,5 % contre 6,6 %) en raison de la disparition de l'incidence positive de la mesure relative aux plans d'épargne-logement – mais aussi à l'évolution de la masse salariale du secteur privé ainsi qu'à l'élargissement de l'assiette de la CSG sur les revenus du patrimoine lié à la réforme de l'impôt sur le revenu.

Corrélativement, les dépenses, en hausse de 1 % en 2006, diminueraient de 3,3 % en 2007, principalement sous l'effet de la baisse des prises en charge de cotisations au titre des validations des périodes de chômage, tenant à la fois à la baisse du chômage et à la poursuite du ralentissement de la progression du coût moyen de la prise en charge par chômeur.

Le déficit cumulé du FSV n'en atteindrait pas moins un pic en 2007, à 5,3 milliards d'euros, soit environ 40 % de ses produits annuels.

- *La dégradation de la situation du FFIPSA s'accélère*

Déficitaire de 1,4 milliard d'euros en 2005, le FFIPSA avait très légèrement amélioré son solde en 2006 (– 1,3 milliard d'euros). 2007 marquerait une double détérioration : celle du déficit par rapport à 2006, puisqu'il s'élèverait à 2,3 milliards d'euros ; celle de la réalisation par rapport à la prévision, puisqu'elle traduirait une dégradation de plus de 200 millions d'euros.

L'insuffisance de financement porterait pour 1,2 milliard d'euros sur l'assurance maladie et pour 1,1 milliard d'euros sur l'assurance vieillesse. Elle provient d'une régression de la part des droits sur les tabacs, d'une baisse des produits issus de la compensation démographique et d'une révision à la baisse du versement de la CNSA.

4. Le solde d'ensemble 2007

Pour disposer d'un aperçu de la situation financière prévisionnelle pour l'exercice 2007 de l'ensemble de la sécurité sociale au sens de la loi de financement, il faut consolider les chiffres rectifiés de l'ensemble des régimes obligatoires de base avec ceux des recettes et dépenses des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Si les dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale ne rendent pas obligatoire l'approbation de ces données dans la loi de financement de la sécurité sociale, le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale permet en revanche de disposer d'éléments précis.

Les règles de comptabilisation du régime des exploitants agricoles (qui enregistre un produit à recevoir du FFIPSA) conduisent à ce que le déficit réel du régime agricole n'apparaisse pas dans le solde de l'ensemble des régimes de base. Pour une meilleure évaluation du déficit d'ensemble, il convient donc d'ajouter le solde du FSV (– 0,3 milliard d'euros) et du FFIPSA (– 2,3 milliards d'euros), soit un total de 14 milliards d'euros en 2007, à comparer à 10,5 milliards d'euros en 2006. Cette dégradation de 3,5 milliards d'euros tient pour deux tiers à l'évolution de la branche vieillesse et pour un tiers à la détérioration de la situation du FFIPSA.

*

La commission a *adopté* l'article 3 sans modification.

Article 4

Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et prévisions de recettes rectifiées du Fonds de réserve pour les retraites (FRR)

Le 3° du B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *rectifie l'objectif assigné aux organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et les prévisions de recettes affectées aux fins de mise en réserve à leur profit* ». Il s'agit de la CADES et du FRR, pour lesquels le présent article porte rectification de l'objectif et des prévisions qui avaient été fixés par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

1. La CADES : 2,6 milliards d'euros de dette amortie

L'objectif 2007 d'amortissement de la CADES avait été fixé à 2,5 milliards d'euros. L'objectif rectifié est légèrement supérieur (2,6 milliards d'euros), mais demeure inférieur à l'amortissement réalisé en 2006 (2,8 milliards d'euros).

Moins rapide qu'en 2006, la progression du produit de la CRDS est néanmoins restée soutenue (+ 3,9 %), pour atteindre 5,7 milliards d'euros. L'effet de la mesure sur les plans d'épargne-logement ne se faisant plus sentir, le produit de la contribution sur les revenus de placement recule de 13 %. Le produit de la contribution au titre du patrimoine augmente en revanche de 17,4 %, traduisant l'impact de la généralisation du prélèvement libératoire et de l'augmentation des acomptes de fin d'année prévues par l'article 20 de la loi de financement pour 2007. La croissance du produit de la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement se ralentirait légèrement (+ 4,2 % contre + 4,9 % en 2006).

Au total, la CRDS rapportait 74 millions d'euros de plus que prévu en loi de financement pour 2007. En déduisant de ces recettes 3,1 milliards d'euros de frais financiers nets, ce sont bien 2,6 milliards d'euros qui seront amortis en 2007.

L'opération de reprise par la CADES du déficit cumulé de la branche maladie à fin 2004 a été presque entièrement achevée en 2006 (*cf. supra* article 1^{er}). Il ne subsiste, au titre de 2007, qu'une régularisation, l'ACOSS devant reverser à la CADES 65 millions d'euros, car le déficit de la branche maladie finalement constaté en 2006 s'est révélé légèrement inférieur aux 6 milliards d'euros initialement prévus.

L'amortissement cumulé s'élèverait ainsi à 33,1 milliards d'euros au 30 juin 2007 – auxquels s'ajoutaient 19,3 milliards d'euros d'intérêts payés – et à 34,7 milliards d'euros fin 2007. L'ensemble des dettes sociales reprises par la CADES depuis sa création en 1996 se montant à la même date à 107,6 milliards d'euros, 72,9 milliards d'euros resteraient donc à amortir.

Le programme 2007 de la CADES, assuré par 5,7 milliards d'euros de produit de la CRDS et 8,8 milliards d'euros de financements, prévoit 11,4 milliards d'euros de remboursements (5 milliards d'euros à court terme, 1,3 milliard d'euros à moyen terme et 5,1 milliards d'euros à long terme) et 3,1 milliards d'euros de paiement d'intérêts. Les émissions se décomposeraient en 3 à 6 milliards d'euros d'emprunts de référence en euros à 5, 10 ou 15 ans, 1 à 2 milliards d'euros d'emprunts en devises (dollar et autres devises), 1 à 2 milliards d'euros d'emprunts indexés en euros et 0,5 à 1 milliard d'euros de MTN et placements privés en euros, soit un volume moyen et long termes de 7 milliards d'euros et un encours de papiers commerciaux de 2 milliards d'euros.

Au 31 juillet 2007, les obligations en euros (55,3 %) et les *euro medium term notes* (EMTN, 23,6 %) étaient toujours les deux principaux instruments auxquels recourt la CADES. La structure de son endettement, s'adaptant aux évolutions des marchés financiers, montrait une moindre préférence pour les taux révisables (22,3 % contre 29 % au 31 décembre précédent) au profit des taux indexés (18,3 %) et, surtout, des taux fixes (59,4 %). À la même date, le taux d'intérêt moyen (4,17 %) était légèrement supérieur à celui constaté un an plus tôt (3,96 %).

L'article 73 de la loi de finances pour 2006 a autorisé l'Etat à émettre des titres au nom de la CADES. Le décret d'application de cette disposition n'a toutefois pas été publié, le gouvernement considérant que rien ne justifie à l'heure actuelle l'usage de cette faculté.

2. Le FRR : 1,6 milliard d'euros de recettes affectées

L'objectif révisé d'affectation de recettes au FRR est identique au montant initial fixé en loi de financement pour 2007, soit 1,6 milliard d'euros (contre 1,5 milliard d'euros en 2006). Les arrondis dissimulent en fait une très légère progression de 2007 par rapport à 2006 (+ 1,8 %).

En 2007, la principale ressource du FRR demeure les 65 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, dont le produit serait quasiment stable (1 546 millions d'euros). Ce prélèvement avait bénéficié, en 2006, de la

taxation du stock de plans d'épargne-logement de plus de dix ans. Afin de compenser cette perte de recettes, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a modifié les règles relatives aux acomptes versés par les établissements bancaires et a étendu le champ du prélèvement libératoire sur certains produits d'épargne, pour un impact respectif de 51 millions d'euros et 32 millions d'euros, soit au total 83 millions d'euros.

Au produit du prélèvement de 2 % ajoutent 15 millions d'euros au titre de l'assurance vie en déshérence, qui ne seraient versés que début 2008, tout en se rattachant aux comptes de 2007. Comme en 2006, le FRR ne pourra bénéficier de versements ni de la CNAV, ni du FSV, dont les soldes sont déficitaires.

Ces recettes affectées sont complétées, subsidiairement, par le produit de la contribution de 8,2 % sur la part de l'abondement de l'employeur supérieure à 2 300 euros au plan partenarial d'épargne salariale volontaire (PPESV) ainsi que par les montants d'intéressement et de participation reçus par la Caisse des dépôts et consignations et frappés par la prescription trentenaire (2 millions d'euros) et, surtout, par des produits financiers qui s'élèveraient à 1,2 milliard d'euros, en forte baisse par rapport à 2006 (– 1 milliard d'euros).

Non seulement ces prévisions sont particulièrement sensibles à l'évolution des marchés financiers, mais elles ne tiennent pas compte des plus-values latentes que pourrait réaliser le FRR. Estimées à 2,6 milliards d'euros au 31 décembre 2006, elles ne sont pas enregistrées dans ses produits de placement, mais dans ses capitaux propres, conformément à son plan comptable. En effet, s'agissant des mandats de gestion, il convient de distinguer les plus-values réalisées, correspondant à des cessions de titres dont le prix de vente est supérieur au prix d'achat et enregistrées dans les produits financiers ainsi que dans le compte de résultat, des plus-values latentes, correspondant à des titres détenus par des mandataires, ayant des valeurs actuelles supérieures au prix d'achat et enregistrées dans les capitaux propres.

Dans ces conditions, les réserves constituées à fin 2007 devraient atteindre 27,5 milliards d'euros, en excluant les plus-values latentes ainsi que la part de la soulte versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (IEG) en conséquence de l'adossment au régime général du régime IEG, géré par le FRR pour le compte de la CNAV.

Les règles prudentielles de placement qui encadrent l'activité du fonds n'ont pas fondamentalement évolué, mais l'article 19 de la loi de financement pour 2007 lui a permis de recourir, pour la gestion financière de ses réserves, à la gestion directe quand il décide d'investir dans des parts ou actions d'organismes de placement collectif ou d'organismes de droit étranger ayant un objet équivalent. Le FRR a annoncé en juillet qu'il lancerait à l'automne une procédure de sélection pour l'attribution de mandats de réplique passive d'indices « matières premières ».

Au 30 juin, la structure des actifs consistait pour près de 60 % en des actions (dont 35 % en zone euro et 25 % hors zone euro) et pour 38 % en des obligations, le reste étant réparti entre des actifs de diversification et la trésorerie. Sur le premier semestre, la performance de l'actif (trésorerie comprise) s'est élevée à 6 %, contre 11,2 % en 2006.

*

La commission a *adopté* l'article 4 sans modification.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 5

Diminution du montant de la dotation et du plafond de dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

Cet article a pour objet de rectifier le montant de la dotation des régimes d'assurance maladie au fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), auquel s'est substitué cette année le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Il est proposé de diminuer cette dotation de 70 millions d'euros, en raison des retards constatés dans le déploiement du dossier médical personnel (DMP).

*

La commission a *adopté* l'article 5 sans modification.

Article 6

Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche

Le 2° du B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *rectifie les objectifs de dépenses par branche [des régimes obligatoires de base et du régime général]* ». Le présent article porte donc rectification des objectifs de dépenses par branche pour 2007 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du régime général, qui avaient été respectivement fixés par les articles 34 et 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Le I du présent article fixe les prévisions rectifiées pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Le tableau ci-après permet de mesurer l'évolution des objectifs de dépenses, pour chaque branche, depuis le vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Tableau d'équilibre 2007 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses (LFSS 2007)	Objectifs rectifiés (PLFSS 2008)	Evolution	
			(en milliards d'euros)	(en %)
Maladie	170,1	173,4	+ 3,3	+ 1,9
Vieillesse	170,6	172,1	+ 1,5	+ 0,9
Famille	55,3	55,1	- 0,2	- 0,4
AT-MP	11,4	11,6	+ 0,2	+ 1,7
Total (hors transferts)	402,3	406,9	+ 4,6	+ 1,1

Sources : LFSS 2007, PLFSS 2008

Réévalué à la hausse de 3,7 % en 2006, le montant total des dépenses de l'ensemble des régimes a moins « dérapé » en 2007, avec toutefois un dépassement de 1,1 % de l'objectif, imputable à la branche maladie (+ 1,9 %) et à la branche vieillesse (+ 0,9 %), mais aussi, même si les montants en jeu sont moindres, aux accidents du travail (+ 1,7 %). Seule la branche famille n'a pas dépassé l'objectif qui lui avait été fixé.

Le **II** du présent article fixe les prévisions rectifiées pour le seul régime général, dont les principales tendances sont comparables à celles qui affectent l'ensemble des régimes. Le tableau ci-après permet de mesurer l'évolution des objectifs de dépenses, pour chaque branche, depuis le vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Tableau d'équilibre 2007 du régime général

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses (LFSS 2007)	Objectifs rectifiés (PLFSS 2008)	Evolution	
			(en milliards d'euros)	(en %)
Maladie	146,7	149,7	+ 3,0	+ 2,0
Vieillesse	88,9	90,0	+ 1,1	+ 1,2
Famille	54,9	54,8	- 0,1	- 0,2
AT-MP	10,2	10,4	+ 0,2	+ 1,7
Total (hors transferts)	295,5	299,6	+ 4,1	+ 1,4

Sources : LFSS 2007, PLFSS 2008

La forte croissance des prestations versées par la CNAV s'est poursuivie, l'objectif de dépenses rectifié pour 2007 étant supérieur de 6,1 % au montant des dépenses constatées en 2006, sous l'effet de l'arrivée à l'âge de soixante ans des générations nées après 1945 (« baby boom ») et du succès des retraites anticipées rendues possibles par la réforme de 2003 : de 640 000 en 2005, le nombre des départs à la retraite devrait ainsi atteindre 750 000 en 2007. La montée en charge des départs anticipés se ralentit, car ils ne représenteraient que 0,4 des 6,1 points de croissance des dépenses (contre 1 en 2005 et 0,6 en 2006), le coût de la mesure

étant toutefois estimé à 2,2 milliards d'euros en 2007 (contre 1,8 milliard d'euros en 2006).

Forte entre 2004 et 2006, la croissance des prestations familiales s'est ralentie en 2007, du fait de l'achèvement de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et d'une décroissance en volume des allocations familiales et du complément familial. Les dépenses de la branche progresseraient donc de 2,6 % par rapport à 2006, ce qui permettrait de réviser légèrement à la baisse l'objectif de dépenses pour 2007.

Mais le décalage le plus important entre objectif initial et objectif rectifié provient de la CNAM, puisque ses dépenses seraient supérieures de 3 milliards d'euros au niveau fixé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Parallèlement, l'objectif rectifié pour 2007 serait en hausse de 4,4 % par rapport aux dépenses constatées en 2006. La croissance des dépenses d'assurance maladie, supérieure de plus d'un point à celle de 2006, s'accélérerait donc à nouveau.

De juillet à septembre, le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale a ainsi été contraint de réviser à la hausse ses prévisions de dépenses (+ 300 millions d'euros). Celui de septembre précise que le dépassement porterait intégralement sur les soins de ville, sur lesquels les principaux éléments qui avaient alors contribué à la modération (baisse des indemnités journalières, impact du « plan médicament », participation forfaitaire de 1 euro, mise en place du parcours de soins) semblent avoir épuisé leurs effets depuis la mi-2006. En revanche, les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé aussi bien qu'aux établissements médico-sociaux ne donneraient pas lieu à dépassement en 2007.

*

La commission a *adopté* l'article 6 sans modification.

Article 7

Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Compte tenu des prévisions de réalisation des dépenses, cet article propose de fixer le montant de l'ONDAM révisé à 147,7 milliards d'euros pour 2007.

*

La commission a *adopté* l'article 7 sans modification.

Puis la commission a *adopté* la deuxième partie du projet de loi sans modification.

TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2008

Article 8

Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)

Conformément au 1^o du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *approuve le rapport prévu au I de l'article L.O. 111-4* », lequel dispose que « *le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* », en cohérence « *avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques* » présentées dans le rapport économique, social et financier joint au projet de loi de finances de l'année.

Le rapporteur insiste sur l'importance que revêt ce cadrage quadriannuel, qui, derrière une apparence quelque peu technocratique, donne pourtant un éclairage particulièrement utile au Parlement comme au gouvernement sur les conditions nécessaires au retour à l'équilibre de nos finances sociales.

L'annexe B jointe au présent projet de loi se présente sous la forme suivante :

- la présentation des hypothèses sous-tendant les prévisions ;
- une description de l'évolution des finances sociales à l'horizon 2012 en fonction de deux scénarios différents ;
- des prévisions de recettes et de dépenses à l'horizon 2012 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, pour le régime général et pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

1. Les hypothèses

Comme l'an passé, le rapport économique, social et financier est fondé sur deux scénarios alternatifs pour la période 2009-2012 : « bas », avec une hypothèse de croissance de 2,5 % par an (l'hypothèse basse avait été fixée à 2,25 % dans le précédent rapport), et « haut », auquel est associée une croissance annuelle moyenne de 3 %. Corrélativement, la masse salariale augmente de 4,4 % ou de 5 % par an selon les scénarios, un peu moins optimistes sur ce point que le rapport approuvé l'an passé. L'hypothèse d'inflation est en revanche fixée à 1,6 % dans les deux scénarios.

Pour l'évolution des dépenses famille et vieillesse, les hypothèses se fondent sur les évolutions tendanciennes : moins de 1 % par an pour la famille, un taux diminuant de 4 % à 3,2 % au cours de la période pour la vieillesse. Pour la maladie, le choix est conforme à la stratégie pluriannuelle de finances publiques présentée par le gouvernement lors du débat d'orientation budgétaire, à savoir un ONDAM progressant de 2 % par an. Alors que cet objectif paraît déjà ambitieux, notamment compte tenu des effets du vieillissement de la population, une variante à 1,5 % est par ailleurs présentée pour le régime général.

En recettes comme en dépenses, ces projections sont évidemment construites à droit constant, en l'absence de toute ressource supplémentaire aussi bien que de toute modification des règles applicables aux prestations sociales.

2. Les projections

• Le régime général

Le seul solde positif du régime général considéré dans son ensemble n'apparaîtrait qu'en 2012, à hauteur de 1,4 milliard d'euros, et encore n'y parviendrait-on qu'en retenant les deux hypothèses les plus « favorables » (croissance de 3 % et ONDAM à 1,5 %). En tout état de cause, le déficit de la branche vieillesse continuerait de se dégrader, atteignant 8,7 à 10,3 milliards d'euros en fin de période.

L'évolution des autres branches serait plus contrastée : compte tenu des taux de progression de l'ONDAM, la branche maladie verrait son déficit diminuer progressivement, mais ne dégagerait pas d'excédent avant 2011, et ce moyennant une croissance « haute » et un ONDAM à 1,5 %. En revanche, même dans le scénario de « basse croissance », le solde de la branche des accidents du travail serait positif (entre 0,9 et 1,2 milliard d'euros).

Il en irait de même pour la branche famille, qui retrouverait l'équilibre dès 2008 et serait excédentaire de 5 milliards d'euros en 2012. Le retour à des excédents durables appellera une réflexion sur les missions de la branche – l'instauration des allocations familiales au premier enfant aurait un coût de 2,6 milliards d'euros par an – ou sur son financement, notamment sur la part (1,1 %) de CSG qui lui est affectée.

Le rapport annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 envisageait un excédent du régime général dès 2010, y compris dans son scénario le plus pessimiste. Cette année, il faut recourir à la prévision la plus optimiste pour rencontrer l'équilibre... en 2012.

Dès lors, les déficits continueraient de s'accumuler jusqu'en 2012 et il faudrait encore de nombreuses années pour résorber le stock de dette.

- *L'ensemble des régimes obligatoires de base*

Les évolutions sont tout aussi inquiétantes que pour le seul régime général, puisque le retour à l'équilibre ne serait pas possible, en toute hypothèse, d'ici 2012. L'évolution de la branche vieillesse (autour de 10 milliards d'euros de déficit en fin de période) serait, ici aussi, la plus préoccupante, mais même dans le meilleur des cas, la branche maladie ne serait pas encore à l'équilibre en 2012, seule la branche famille dégageant un excédent significatif.

Dans ces conditions, en considérant toujours le scénario le plus favorable, le déficit cumulé du régime général sur la période 2006-2012 dépasserait 40 milliards d'euros.

- *Le Fonds de solidarité vieillesse*

Quels que soient les scénarios, le FSV retrouverait l'équilibre dès 2008, et son excédent atteindrait de 1,8 milliard d'euros à 2,4 milliards d'euros en 2012. Cela étant, même en admettant que le scénario « haut » se réalise, l'excédent cumulé de 2008 à 2012, soit 7,2 milliards d'euros, devrait être mis en regard du déficit cumulé à fin 2007, soit 5,3 milliards d'euros. Autrement dit, le passé ne serait pas encore apuré à la fin de 2011.

- *Le Fonds de financement des prestations sociales agricoles*

L'évolution du FSV aurait permis de relativiser certaines tendances préoccupantes des régimes obligatoires de base, notamment en matière de retraites, si le FFIPSA ne semblait pas en même temps s'engager sur une pente extrêmement dangereuse. En effet, dans l'hypothèse la plus favorable, le déficit du fonds ne cesserait de croître pour atteindre 3,7 milliards d'euros en 2012, soit un cumul de 18,9 milliards d'euros sur la période 2006-2012.

En conclusion, le rapporteur estime que le message délivré par ce cadrage pluriannuel est on ne peut plus clair : il est grand temps d'agir pour les générations futures.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article.

Mme Marie-Hélène Amiable a indiqué que la suppression de cet article constituerait un acte politique fort.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé la situation difficile des comptes sociaux et souligné la nécessité de projections à moyen terme. En tout état de cause, un débat sur le financement de la protection sociale est prévu au début de l'année 2008.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* un amendement de précision rédactionnelle du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, puis elle a *adopté* l'article 8 ainsi modifié.

Après l'article 8

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à interdire aux mandataires sociaux de lever ou céder des stock-options ou des actions gratuites tant qu'ils exercent des fonctions dans l'entreprise.

M. Jean-Luc Préel a indiqué qu'il s'agit de moraliser les pratiques de distribution des stock-options et des actions gratuites.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a estimé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale n'était pas le bon vecteur pour envisager une telle réforme qui trouverait mieux sa place dans la discussion d'un projet de loi de nature économique. Le débat concernant les prélèvements sociaux sur les stock-options pourra avoir lieu lors de l'examen d'un amendement du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général présenté avant l'article 9.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à créer une contribution sociale au taux de 4 % sur les stock-options et les actions gratuites.

M. Jean-Luc Préel a souligné que l'amendement prévoit un prélèvement à hauteur de 4 %, soit un taux plus élevé que ce que propose le rapporteur pour l'équilibre général et les recettes.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a émis un avis défavorable à l'amendement.

M. Jean-Marie Le Guen a observé que plus le temps passe, plus les taux proposés ont tendance à augmenter...

Le président Pierre Méhaignerie a considéré qu'il faut veiller à ne pas encourager la délocalisation des sièges sociaux des entreprises.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard visant à instituer à la charge du salarié ou de l'ancien salarié une contribution sur les stock-options.

Mme Martine Billard a indiqué qu'il convient de considérer les stock-options comme des revenus d'activité et, en conséquence, d'aligner les prélèvements sociaux des premières sur ceux des seconds.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que les stock-options sont déjà assujetties à des prélèvements sociaux et fiscaux – CSG, CRDS, prélèvement de 2 % sur les produits de placement – en particulier au moment de la libération des options et de la réalisation des plus-values. Une taxation trop importante des stock-options, qui constituent un moyen de rémunération différé, risquerait de mettre en danger la compétitivité de nos entreprises et l'attractivité de notre pays.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard visant à créer une contribution sociale sur la valeur ajoutée.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a estimé que l'amendement anticipe sur le débat sur le financement de la protection sociale qui aura lieu au premier semestre 2008.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard visant à instituer une contribution sociale sur les revenus financiers à la charge des personnes physiques et morales.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard visant à supprimer l'exonération générale de charges sociales sur les bas salaires.

Mme Martine Billard a indiqué que les Verts sont favorables à ce que les exonérations de charges sociales soient soumises à des conditions sociales et environnementales.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Puis, sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard visant à abroger la défiscalisation et

l'exonération des heures supplémentaires prévue par l'article 1^{er} de la loi du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat.

Section 1

Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des fonds concourant à leur financement

Article additionnel avant l'article 9

Relèvement des droits de perception sur les cigarettes et le tabac

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur pour l'équilibre général et les recettes visant à augmenter les minimas de perception sur les cigarettes et le tabac, après qu'il a indiqué qu'il s'agit d'éviter une guerre des prix.

Article additionnel avant l'article 9

Contributions patronale et salariale sur les stock-options et les attributions gratuites d'actions

La commission a examiné un amendement du rapporteur pour l'équilibre général et les recettes visant à instituer des contributions patronale et salariale sur les attributions de stock-options et d'actions gratuites, respectivement au taux de 10 %, versées aux régimes d'assurance maladie, et de 2,5 % versées aux régimes d'assurance vieillesse.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que, selon le dernier rapport annuel de la Cour des comptes sur les lois de financement de la sécurité sociale, environ 11 milliards d'euros sont distribués en stock-options et en actions gratuites à près de 100 000 cadres et cadres dirigeants. Actuellement, en moyenne, après six ans de détention, la plus-value s'élève à 85 % et n'est pas assujettie aux cotisations sociales. En revanche, à la revente, ces titres sont assujettis à la fiscalité et à une contribution sociale, respectivement de 16 % et 10 % dans la limite de 152 000 euros de cession, et de 30 % et 20 % au-delà de ce seuil. L'amendement propose une mesure de justice sociale qui n'incite pas les cadres à la fuite et préserve l'attractivité de notre pays.

M. Jean-Luc Prél a demandé quelle serait la ressource annuelle attendue.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que, sur la base des données 2005 qui font état d'une distribution de stock-options d'un montant de 11 milliards d'euros, on peut attendre de la contribution patronale de 2,5 % un produit de 250 millions d'euros.

M. Jean-Luc Prél a remarqué qu'on serait donc loin du chiffrage de recettes calculé par la Cour des comptes.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué qu'il faut également prendre en compte la cotisation salariale et que la Cour des comptes a délibérément écarté le plafonnement des cotisations sociales.

Le président Pierre Méhaignerie a souligné que les cotisations vieillesse sont plafonnées.

M. Bernard Depierre a rappelé que les stock-options sont attribuées à des cadres de direction. Compte tenu du régime de taxation proposé, ceux-ci auront tendance à s'installer à l'étranger.

Le président Pierre Méhaignerie a souligné qu'il s'agit là d'une question importante qui amène à s'interroger sur le fait qu'une taxation des stock-options peut constituer un facteur de délocalisation.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué qu'un rapport de l'OCDE établi sur cette question montre que les pays ayant mis en place les plus fortes impositions sur les stock-options n'ont pas eu à subir des délocalisations supérieures aux autres pays. Les stock-options représentent une ressource potentielle d'un montant de 8,5 milliards d'euros pour 100 000 cadres dirigeants. La répartition est cependant inégalitaire puisque les dirigeants d'entreprise s'octroient parfois un quart des stock-options.

Mme Jacqueline Fraysse a observé que la mesure proposée par le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général rapportera autour de 400 millions d'euros, ce qui est très éloigné du chiffre des recettes potentielles donné par la Cour des comptes. Certes l'amendement va dans le bon sens mais les raisons amenant à taxer aussi peu les stock-options ne sont pas compréhensibles, d'autant plus qu'il s'agit de toucher des catégories sociales qui ont les moyens de payer. On pourrait faire la comparaison avec l'instauration de la franchise de cinquante centimes sur les médicaments qui touchera les plus pauvres. La taxe sur les stock-options est trop symbolique : quelles préoccupations ont donc conduit le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général à présenter un dispositif si modeste ?

M. Bernard Debré a considéré que l'on n'a plus le droit de gagner de l'argent mais seulement celui d'en perdre en cas de baisse des cours de bourse. Les stock-options sont en fait des paris sur l'avenir qui amènent les cadres dirigeants à payer un impôt sur le revenu appliqué à de l'argent qui n'a pas été touché. Ce dispositif a été conçu pour intéresser les cadres au développement des entreprises, notamment ceux des nouvelles entreprises qui se créent. Imposer davantage ces cadres n'est pas bon.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a estimé qu'il faut analyser la situation particulière des *start-up*. Mais pour les autres entreprises, un cadre dirigeant a pour habitude de lever ses options au bout de quatre ans, et au bout de cinq ou six ans s'il veut maximiser l'avantage fiscal. Il existe un droit commun d'imposition fiscale : la CSG et la CRDS. L'amendement

s'appuie dessus. La Cour des comptes a appliqué les impositions sociales de droit commun à la totalité des stock-options, mais ces revenus n'ont pas le même statut que les salaires. Une telle imposition serait confiscatoire ; autant alors supprimer les stock-options. L'amendement constitue donc un juste équilibre qui s'inscrit dans l'environnement tant international que national.

M. Roland Muzeau a fait observer que le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général et la majorité sont en progrès par rapport à la discussion du projet de loi en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (TEPA), mais ils peuvent mieux faire, notamment eu égard aux affaires mises au jour depuis juillet dernier. Nous sommes à des lieues des 3 milliards d'euros de recettes avancées par la Cour des comptes. M. Louis Gallois, président d'EADS, a déclaré dans un entretien à *La Tribune*, qu'il faut supprimer les stock-options car c'est un frein à la confiance dans les entreprises. Si la majorité le fait, elle sera soutenue.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que M. Louis Gallois a dit préférer les attributions gratuites d'actions aux stock-options. Celles-ci n'auraient peut-être pas pu garantir EADS contre ses errements, mais l'amendement anticipe cette orientation en taxant les attributions gratuites d'actions.

Le président Pierre Méhaignerie a conclu que, pour les jeunes entreprises, des adaptations sont nécessaires.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 9

Diverses dispositions relatives aux contributions pharmaceutiques

Cet article comporte une série de dispositions concernant principalement les taxes et contributions versées à l'assurance maladie par les entreprises pharmaceutiques.

1. Les modifications de l'assiette et des modalités de recouvrement de certaines contributions pharmaceutiques

Afin de simplifier le dispositif actuel et recentrer l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) sur ses missions de « tête de réseau » des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), les 1^o à 3^o du I du présent article proposent de transférer le recouvrement de certaines pénalités et taxes pharmaceutiques aux URSSAF désignées par le directeur de l'ACOSS.

C'est ainsi le cas :

– pour la remise demandée par le Comité économique des produits de santé (CEPS) aux laboratoires exploitant un ou plusieurs médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (1°) ;

– pour la pénalité encourue en cas de non-respect de l'obligation de demander une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou l'inscription au remboursement pour des spécialités pharmaceutiques indiquées pour certaines maladies rares ou affections de longue durée (ALD), conformément au dispositif prévu à l'article L. 162-14-2-1 (2°) ;

– pour la pénalité financière encourue en cas de non-respect par les laboratoires pharmaceutiques de l'obligation de fournir certaines informations à la commission de la transparence, concernant notamment le service médical rendu du médicament, ou lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée à leur encontre (3°) ;

– des remises prévues dans le cadre des conventions conclues avec le CEPS, conformément à l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale (4°).

2. Les modalités de calcul des contributions sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux

Le 4° du I du présent article permet tout d'abord de corriger la rédaction de l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que le produit de la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments est affecté non seulement à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), mais aussi à la Haute autorité de santé (HAS). En effet, l'article L. 161-45 du même code prévoit déjà que la HAS reçoit 10 % du produit de cette contribution.

Les 5° à 8° visent à aménager les règles d'assujettissement et de calcul des contributions sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux. En effet, les articles L. 245-2 et suivants du code de la sécurité sociale prévoient que ces contributions sont assises sur les charges comptabilisées au cours « *du dernier exercice clos* ». Or, dans certains cas, ces dispositions ne permettent pas de prendre en compte la totalité des charges réelles des laboratoires pharmaceutiques, par exemple quand l'entreprise est conduite à clôturer plusieurs exercices comptables entre deux échéances de versement de la contribution, puisque seules les charges comptabilisées au titre du dernier exercice clos sont intégrées pour le calcul de ces contributions.

En outre, un abattement forfaitaire a été institué sur le montant de la contribution (50 000 euros pour la taxe de promotion des dispositifs médicaux et 2,5 millions d'euros pour les médicaments) mais celui-ci n'est pas modulé en fonction de la durée de l'exercice comptable sur lequel porte la contribution. Son montant est donc identique lorsque la durée de l'exercice comptable est de 12 mois ou d'une durée différente.

Il est donc proposé d'aménager la réglementation actuelle sur ces deux points en prévoyant, d'une part, que les charges sont comptabilisées au cours « *du ou des exercices clos depuis la dernière échéance* » et, d'autre part, que « *l'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois* ».

Tel est l'objet du *a* et du *b* du 6° et du 7° du I du présent article concernant la contribution assise sur les dépenses de promotion des médicaments.

Le même article L. 245-2 prévoit par ailleurs des abattements sur l'assiette de cette contribution à hauteur de 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre des spécialités génériques et des médicaments orphelins, tels que définis par le règlement n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999.

Or pour certaines filiales de groupes pharmaceutiques qui se sont spécialisées sur l'une ou l'autre de ces catégories de médicaments, le montant des abattements est souvent supérieur aux dépenses de promotion constituant l'assiette de la contribution de cette entité.

Dans un souci d'équité entre les entreprises pharmaceutiques, il est donc proposé de permettre à des « *entreprises appartenant à un groupe* » de faire bénéficier à d'autres filiales du groupe la part de l'abattement qu'elles n'ont pas pu utiliser car leurs dépenses de promotion sont supérieures à l'assiette de la contribution. Les modalités d'application de ce dispositif seront précisées par un décret en Conseil d'État.

Concernant les modalités de calcul de l'assiette de la contribution au titre des dépenses de promotion des dispositifs médicaux, les *a* et *c* du 8° et 9° apportent des modifications similaires à celles prévues au 6° pour les médicaments (référence aux derniers exercices clos depuis la dernière échéance et modulation forfaitaire de l'abattement).

Le *b* du 8° permet par ailleurs de corriger une incohérence rédactionnelle à l'article L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale, qui précise les dépenses de promotion constituant l'assiette de la contribution en visant la totalité des dispositifs inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, alors que la contribution définie à l'article L. 245-5-1 ne vise que les titres I^{er} et III de cette liste.

3. La création d'une contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires des ventes en gros de médicaments

Le **II** du présent article a pour objet d'instituer une contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en 2008 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières.

Cette contribution est due au titre de la vente en gros de spécialités pharmaceutiques remboursables, à l'exception des médicaments orphelins. Elle concerne donc principalement les grossistes-répartiteurs mais aussi les laboratoires qui vendent directement les médicaments aux pharmaciens.

Pour le calcul de l'assiette de la contribution, il ne sera tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 euros augmenté de la marge maximum que les entreprises précitées sont autorisées à percevoir sur cette somme, conformément à l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

Cette contribution comporte deux parts :

– la première est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année 2008 et son montant est égal au produit de cette assiette par un taux de 0,22 % ;

– la seconde est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en 2008 et celui réalisé en 2007 et son montant est égal au produit de cette assiette par un taux de 1,5 % ; si le montant de cette part est négatif, il viendra en déduction de la première part.

Il est par ailleurs précisé que les entreprises ne seront redevables que de la première part de la contribution si elles ont commencé leur activité commerciale en 2007 ou en 2008.

Enfin, le dernier alinéa du II de cet article prévoit le recouvrement de cette contribution exceptionnelle au 1^{er} septembre 2009, dans les conditions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23 du code de la sécurité sociale, qui disposent notamment que le directeur de l'ACOSS désigne les URSSAF compétents en matière de contrôle et de recouvrement des contributions.

Cette nouvelle mesure devrait générer une recette supplémentaire de 50 millions d'euros pour l'assurance maladie en 2008.

4. La fixation du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a institué au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) une contribution sur le chiffre d'affaires réalisé par les entreprises exploitant en France des spécialités pharmaceutiques remboursables par l'assurance maladie.

Ces dispositions ont été codifiées à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, le taux de cette contribution ayant été fixé à 0,6 % du chiffre d'affaires réalisé. Toutefois, ce taux a été porté « *à titre exceptionnel* » :

– à 1,76 % pour la contribution due au titre de l'année 2006 par l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;

– à 1 % pour la contribution due au titre de l'année 2007 par l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Le 1° du **III** du présent article vise à modifier le troisième alinéa de l'article L. 245-6 susmentionné afin de pérenniser le taux de la contribution à 1 % du chiffre d'affaires réalisé. Le rendement attendu de cette majoration de 0,40 % est estimé à 100 millions d'euros.

5. La suppression de l'abattement sur la contribution sur le chiffre d'affaires au titre des dépenses de recherche prévu par la loi du 26 février 2007

À la suite de la dernière réunion du Comité stratégique des industries de santé (CSIS) en février dernier, la loi n° 2007-248 du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament a institué un abattement sur la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, cet abattement étant constitué de la somme :

– d'une part égale à 1,2 % de la masse salariale des emplois de recherche et de développement en pharmacie, au sens des dispositions prévues par le code général des impôts concernant le crédit d'impôt sur les dépenses de recherche (« part fixe ») ;

– d'une part égale à 40 % de la différence entre ce type de dépenses et la moyenne des dépenses de même nature réalisées au cours des années précédentes (« part en accroissement »).

Le coût de cet abattement était évalué à 50 millions d'euros pour l'ensemble des entreprises pharmaceutiques.

Le 2° du **III** du présent article a pour objet de supprimer l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale instituant cet abattement, au motif que le projet de loi de finances pour 2008 prévoit de lui substituer un dispositif plus favorable pour les entreprises pharmaceutiques, à travers la réforme du crédit d'impôt recherche (CIR), dont les principales caractéristiques sont présentées ci-dessous.

Le dispositif du crédit d'impôt recherche prévu par le projet de loi de finances pour 2008

« Le CIR est actuellement égal à la somme d'une part en volume égale à 10 % des dépenses de recherche exposées au cours de l'année, et d'une part en accroissement égale à 40 % de la différence entre les dépenses de recherche exposées au cours de l'année et la moyenne des dépenses exposées au cours des deux années précédentes. Le crédit d'impôt est plafonné à 16 millions d'euros.

« Afin de simplifier le mode de calcul du CIR, il est proposé de supprimer la part en accroissement et de relever fortement le taux du crédit d'impôt sur la part en volume : ce

taux serait porté à 30 % jusqu'à 100 millions d'euros de dépenses de recherche, puis à 5 % au-delà de ce seuil. Une majoration de taux (à 50 %) serait prévue pour les jeunes entreprises qui bénéficient pour la première fois du crédit d'impôt et pour celles qui n'en ont pas bénéficié depuis cinq ans. Par ailleurs, afin d'étendre l'assiette du crédit d'impôt à 100 % des dépenses de recherche engagées par les entreprises, le plafond de 16 millions d'euros serait supprimé.

« L'ensemble de ces mesures conduit à un effort supplémentaire de 800 millions d'euros en 2009 et de 1,3 milliard d'euros en régime de croisière ».

Source : dossier de presse du ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique sur le projet de loi de finances pour 2008 (septembre 2007)

Ainsi, « avec les dispositions du projet de loi de finances pour 2008, le secteur pharmaceutique devrait bénéficier d'un montant de CIR d'environ 500 millions d'euros », selon l'exposé des motifs du présent projet de loi.

6. La fixation du montant de la clause de sauvegarde (« taux K »)

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une clause permanente de sauvegarde destinée à recouvrer une partie du dépassement constaté entre la croissance du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques et un taux de progression défini en loi de financement de la sécurité sociale.

Conformément à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, les entreprises ayant conclu une convention avec le CEPS sont exonérées du paiement de cette contribution et s'acquittent, en contrepartie, du paiement de remises conventionnelles.

L'histoire du « taux K » depuis 1999

« Cette clause de sauvegarde consiste dans le versement d'une contribution par ces entreprises " lorsque leur chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France au titre des spécialités remboursables et agréées à l'usage des collectivités s'est accru par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'ONDAM tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de l'année en cours et des années précédentes". Ce taux est appelé "taux K".

À l'origine, le taux de la contribution variait en fonction du dépassement du taux de progression de l'ONDAM. Le montant global calculé était ensuite réparti entre les entreprises redevables selon trois critères : le niveau brut du chiffre d'affaires, pour 30 % ; la progression du chiffre d'affaires, pour 40 % ; les frais de publicité, pour 30 %.

Au titre de l'année 2000, pour la contribution versée en 2001, l'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a fixé un seuil de déclenchement de la contribution à 2 %, déconnecté de tout lien avec l'ONDAM. Cet article tirait donc les conséquences du nouveau mode de calcul de l'ONDAM. Retenir l'évolution entre l'objectif de 1999 et l'objectif de 2000 aurait élevé le seuil de déclenchement à 4,5 % au lieu de 2,5 %. Mais le gouvernement de l'époque avait ainsi accentué le caractère arbitraire de cette contribution en retenant le taux de 2 % qui n'avait plus aucun lien avec l'ONDAM.

L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a remplacé le mécanisme existant par un mécanisme de récupération linéaire en fixant un barème de taxation dont chaque taux (50 %, 60 % et 70 %) s'applique successivement à une tranche déterminée de supplément de chiffre d'affaires par rapport au taux de l'objectif K (respectivement inférieur à 0,5 %, compris entre 0,5 et 1 % et supérieur à 1 %). En outre, pour le seuil de déclenchement de la contribution, il a substitué au taux de progression de l'ONDAM un taux de progression fixé à 3 % pour 2001. L'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a défini un taux K spécifique fixé à 3 % pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2002, soit le même taux que celui fixé l'année précédente par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le taux K a été fixé à 4 % en 2003 et à 3 % en 2004. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a fixé le taux K applicable en 2005, 2006 et 2007 à 1 %. »

Source : avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur le médicament (juin 2006)

Le **IV** du présent article vise à fixer le taux K à 1,4 % pour 2008, contre 1 % prévu chaque année depuis 2005.

Il s'agit donc d'un taux de progression identique pour les médicaments remboursables délivrés en ville (taux K mentionné dans le tableau figurant au I de l'article L. 138-10) et ceux qui peuvent être rétrocédés par les établissements de santé, c'est-à-dire vendus au public par leur pharmacie à usage intérieur (taux K mentionné dans le tableau figurant au II de l'article L. 138-10)

Enfin, le **V** du présent article prévoit une entrée en vigueur différée au 1^{er} juillet 2008 des dispositions prévues par les 1^o à 4^o du I concernant les modalités de recouvrement des contributions pharmaceutiques.

*

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Jean-Marie Le Guen et Mme Martine Billard visant à affecter une fraction des taxes pharmaceutiques à un fonds de financement de la démocratie sanitaire.

M. Jean-Marie Le Guen a jugé qu'il est indispensable de garantir un financement pérenne pour que la démocratie sanitaire, qui en est à ses balbutiements, puisse véritablement s'exercer.

Mme Martine Billard a fait valoir que les représentants des usagers ne sont pas tous des retraités et doivent continuer à travailler tout en exerçant leurs mandats. Il faut pouvoir trouver un financement garantissant l'exercice de ces fonctions de représentation.

La commission a ensuite *rejeté* les deux amendements, suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, au motif qu'ils n'ont pas leur place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission a examiné trois amendements en discussion commune :

– le premier de M. Gérard Cherpion tendant à ramener de 0,22 % à 0,15 % le taux de la part de la contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires des entreprises de ventes en gros de médicaments ;

– les deux autres, identiques, de Mme Jacqueline Fraysse et de Mme Martine Billard visant à porter ce taux à 0,84 % et à augmenter le taux de la part de la contribution exceptionnelle assise sur la variation du chiffre d'affaires de 1,5 % à 6 %.

M. Gérard Cherpion a indiqué que le rendement de cette contribution correspond à 30 % du résultat des entreprises de la branche alors que la répartition ne représente plus que 3 % du prix des médicaments, contre un peu plus de 4 % il y a dix ans. Ces dispositions risqueraient donc de fragiliser le secteur de la répartition, qui contribue à garantir l'égal accès aux médicaments sur l'ensemble du territoire.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a tout d'abord émis des doutes sur la recevabilité financière de l'amendement dès lors qu'il ne comporte pas de gage. Par ailleurs, au-delà de l'examen du présent projet de loi, cette question soulève celle de l'ensemble du système de taxation dans le secteur pharmaceutique, qui mérite un débat approfondi. En tout état de cause, il convient de veiller à une certaine stabilité de la règle fiscale en la matière.

M. Pierre Morange a rappelé que la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a confié un rapport à Mme Catherine Lemorton sur la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments. Mieux vaut d'ailleurs ne pas rendre plus complexe ni plus instable qu'il n'est le dispositif de taxation des entreprises pharmaceutiques, dont le rôle en matière de santé mérite d'être rappelé.

Mme Jacqueline Fraysse a estimé que l'importance du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques leur permettrait sans difficulté de supporter une taxation plus forte, qui reviendrait d'ailleurs à faire peser sur elles les mêmes efforts que ceux demandés aux assurés sociaux. Le dispositif de taxation du chiffre d'affaires de ces entreprises mérite par ailleurs d'être simplifié et rendu plus transparent.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que le rendement de la contribution actuelle sur les ventes en gros de médicaments s'est élevé à 375 millions d'euros en 2007 et est estimé à 400 millions d'euros pour 2008, la contribution exceptionnelle qu'il est proposé d'instituer représentant une charge supplémentaire de 50 millions d'euros environ. Sauf à vouloir mettre en péril leur rentabilité, et donc la pérennité de leurs activités, il semble dès lors difficile d'alourdir démesurément les charges sur ces entreprises.

M. Denis Jacquat a tout d'abord rappelé qu'il convient de distinguer les taxes dues par les grossistes-répartiteurs de celles qui pèsent sur les entreprises

pharmaceutiques. S'agissant des répartiteurs, une trop forte imposition de leur chiffre d'affaire risquerait de compromettre leur activité dans certaines zones du territoire.

M. Jean-Luc Prével s'est interrogé sur l'opportunité de la contribution exceptionnelle prévue par le présent article dès lors qu'il est envisagé d'engager prochainement un débat approfondi sur les conditions de taxation de l'industrie du médicament.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné l'importance d'une expertise neutre sur les conditions de taxation de l'industrie du médicament, qu'elle provienne du gouvernement ou des travaux parlementaires en cours.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a répondu que la pratique des remises faites par les grossistes-répartiteurs sur le prix des médicaments montre que ceux-ci peuvent supporter une taxation supplémentaire et qu'il y a en quelque sorte de la marge en ce domaine !

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* les trois amendements.

La commission a ensuite examiné trois amendements en discussion commune :

– le premier du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, tendant à préciser le caractère exceptionnel du maintien à 1 % du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques en 2008 ;

– les deux autres, identiques, de Mme Jacqueline Fraysse et de Mme Martine Billard, visant à porter ce taux à 1,76 %.

M. Jean-Luc Prével a rappelé que le taux de cette contribution a été augmenté de manière exceptionnelle depuis plusieurs années déjà.

Mme Jacqueline Fraysse a jugé nécessaire et légitime que les laboratoires pharmaceutiques contribuent davantage au financement de la sécurité sociale.

Mme Martine Billard a précisé que porter le taux de cette contribution à 1,76 % conduirait à revenir aux dispositions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Dès lors que les entreprises pharmaceutiques réalisent des chiffres d'affaires importants, il est juste de les taxer plus lourdement, afin de mieux répartir les charges entre les assurés sociaux et les entreprises pharmaceutiques.

M. Bernard Debré a souligné que le nombre de nouveaux médicaments découverts va décroissant et qu'une taxation excessive des entreprises pharmaceutique limiterait les capacités d'innovation des laboratoires pharmaceutiques français.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a ajouté que les laboratoires pharmaceutiques ont déjà été mis à contribution pour le financement de la sécurité sociale, puisque les économies réalisées grâce aux mesures mises en œuvre dans le cadre du Plan médicament, en particulier les baisses de prix, s'élèvent à plus de 2 milliards d'euros en 2005, 2006 et 2007. Ces entreprises ont par ailleurs besoin de stabilité et de visibilité concernant les modalités d'imposition de leur chiffre d'affaires.

Mme Catherine Lemorton a estimé que si, en effet, le nombre de médicaments réellement innovants d'un point de vue thérapeutique ne croît pas, en revanche le nombre de nouveaux médicaments mis sur le marché augmente chaque année, alors même que le service médical rendu (SMR) par certains d'entre eux est équivalent ou inférieur à celui des médicaments préexistants.

Le président Pierre Méhaignerie a souligné alors l'intensité de la concurrence internationale sur le marché du médicament et les risques de délocalisation des entreprises pharmaceutiques implantées en France.

Puis la commission a *adopté* l'amendement du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. En conséquence, les amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de Mme Martine Billard sont *devenus sans objet*.

Elle a ensuite examiné deux amendements de M. Jean-Luc Prétel ayant pour objet de substituer au « taux K », prévu par le présent article, deux taux différenciés – respectivement fixés à 1,5 % pour les médicaments remboursables en ville et à 3,5 % pour les médicaments consommés à l'hôpital – et d'élargir en contrepartie l'assiette de la clause de sauvegarde aux spécialités pharmaceutiques facturées en sus des tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) dans le champ de la tarification à l'activité (T2A).

M. Jean-Luc Prétel a tout d'abord jugé souhaitable de fixer le taux K à un niveau compatible et cohérent avec les objectifs de dépenses fixés dans le cadre de l'ONDAM. Il est vrai que le dispositif de la clause de sauvegarde n'est pas appliqué aux entreprises pharmaceutiques ayant conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), mais c'est pourtant ce taux qui sert de base aux négociations entre les représentants de l'industrie pharmaceutique et le CEPS. En outre, les médicaments innovants, majoritairement utilisés à l'hôpital, doivent bénéficier d'un taux K différent.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a fait valoir que les entreprises pharmaceutiques sont déjà sanctionnées lorsque le volume de leurs ventes excède les objectifs fixés en fonction du taux K, à travers notamment les ristournes qu'elles effectuent. S'agissant spécifiquement des médicaments utilisés à l'hôpital, l'idée de créer un taux K plus favorable qu'en ville peut faire l'objet d'un débat, mais il faut souligner que les médicaments relevant du champ de la rétrocession ne sont pas pour autant tous innovants.

Puis, suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a ensuite examiné un amendement du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général et de M. Jean-Pierre Door tendant à maintenir l'abattement sur la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques pour les dépenses de recherche et de développement réalisées au cours de l'année 2008.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a expliqué que la suppression de l'abattement proposé par cet amendement est motivée par le fait que le projet de loi de finances pour 2008 prévoit un dispositif plus favorable, avec la réforme du crédit d'impôt recherche (CIR). Or ce dispositif ne s'appliquera qu'aux dépenses engagées à partir de 2008, alors que l'abattement prévu par la loi du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament devait s'appliquer à compter des dépenses effectuées en 2007. Cet amendement vise donc à assurer une continuité entre cet abattement et le nouveau dispositif du CIR.

M. Jean-Pierre Door a ajouté que la réforme proposée du CIR en loi de finances constitue un progrès important, mais qu'il convient de garantir l'application des dispositions prévues par la loi du 26 février 2007 pour les dépenses réalisées au cours de l'année 2007.

La commission a *adopté* l'amendement.

Puis la commission a *adopté* l'article 9 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 9

Instauration d'une taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac

La commission a examiné un amendement de M. Gérard Cherpion visant à instituer une taxe de 0,22 % assise sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac.

M. Gérard Cherpion a précisé que le produit de cette contribution serait versé aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie et que, dès lors que l'on taxe les entreprises pharmaceutiques et les grossistes-répartiteurs, il est légitime d'imposer de la même façon les fabricants de tabac.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a tout d'abord revendiqué une part de la paternité de cet amendement, en ajoutant qu'il constitue le gage d'un amendement également présenté par M. Gérard Cherpion, précédemment rejeté par la commission à l'article 9. Au surplus, le chiffre d'affaires hors taxes de l'industrie du tabac serait de l'ordre d'un milliard d'euros, donc pour que la mesure soit vraiment efficace, il faudrait que le taux s'élève au moins à 1,5 %.

M. Jean-Marie Le Guen s'est déclaré favorable à l'amendement, qui part d'un bon sentiment en termes de santé publique et peu importe qu'il soit le gage d'un autre amendement, d'autant que, compte tenu de la situation financière de la sécurité sociale, une recette supplémentaire de cette nature n'est pas à négliger. La commission pourrait donc parvenir à un consensus sur cette question.

Le président Pierre Méhaignerie a suggéré à M. Gérard Cherpion de réunir ses deux amendements en vue de la prochaine réunion de la commission.

M. Bernard Debré a fait observer que le premier amendement ayant été rejeté, il n'était plus possible de les réunir.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué, pour relativiser la portée de l'amendement, que le produit de cette contribution pourrait être de l'ordre de 2 millions d'euros.

M. Jean-Marie Le Guen a déclaré être favorable au relèvement du taux de la contribution proposé et prêt à voter l'amendement.

M. Gérard Cherpion a retiré l'amendement, qui a été repris par M. Jean-Marie Le Guen.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 10

Prélèvement social sur les préretraites et les indemnités de mise à la retraite

Cet article propose de rapprocher du droit commun le régime d'imposition sociale des indemnités de préretraite, de relever le taux de la contribution spécifique acquittée par les employeurs sur les avantages de préretraite d'entreprise, de soumettre les mises à la retraite d'office à une contribution spécifique calquée sur celle prévue pour les préretraites d'entreprise et d'aligner le régime d'imposition des indemnités de départ en retraite avec l'accord de l'employeur sur celui des indemnités de départ à la retraite volontaire.

Les mesures de préretraite et mise à la retraite d'office constituent un frein à l'accroissement du taux d'emploi des seniors. Or cet objectif est devenu prioritaire depuis la présentation du plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors du 6 juin 2006. Ce plan a pour ambition de porter de 48 à 50 % le taux d'emploi des personnes âgées de 55 à 64 ans d'ici à 2010. Son action n° 11 vise à « *mettre un terme aux accords abaissant l'âge de mise à la retraite d'office* ». Il est prévu que « *la possibilité de conclure de nouveaux accords de ce type sera fermée et une modification du code du travail interviendra en 2006. Par ailleurs, les partenaires sociaux seront appelés à réexaminer les accords déjà conclus afin de rendre effectif le principe de libre choix du salarié concernant son départ en retraite, de manière que ces accords cessent de produire leur effet au plus tard au 1^{er} janvier 2010* ».

Or le régime d'imposition fiscale et sociale des indemnités de préretraite, avantages de cessation anticipée du travail et indemnités de mise à la retraite ou de départ en retraite avec accord de l'employeur rend très attractif aussi bien pour l'employeur que pour le salarié ces mesures de cessation du travail.

Les différentes mesures de préretraite contribuent à sortir du marché du travail les salariés âgés de 50 ou 55 ans et plus. Ces salariés ne cotisent plus à l'assurance vieillesse du régime général mais bénéficient d'une validation gratuite des trimestres au cours desquels ils sont placés en préretraite indemnisée par l'État. Les préretraites constituent donc une charge pour la collectivité publique, financée par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), d'autant plus lourde que les indemnités sont assujetties à des taux réduits de CSG et CRDS, et une perte de recettes pour le régime général du fait que les indemnités de préretraite sont alignées sur le régime des indemnités de licenciement et ne sont donc pas assujetties à des cotisations vieillesse.

Quant aux mises à la retraite d'office, elles affectent l'équilibre du régime général de deux façons : elles accroissent ses charges par le surcroît de pensions qu'elles engendrent et réduisent ses recettes par l'absence de cotisation ou de contribution sur les indemnités accordées aux salariés. La Cour des comptes estime que les entreprises procèdent à 86 000 mises à la retraite d'office par an, l'indemnité moyenne versée étant de 13 000 euros.

Lors de son allocution pour le quarantième anniversaire de l'association des journalistes de l'information sociale, le 18 septembre 2007, M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, a clairement fixé l'objectif du gouvernement : « *Promouvoir le travail, c'est aussi mettre fin au gâchis insensé que représente la mise à l'écart des travailleurs dès 50–55 ans. (...) Je souhaite la suppression des mises à la retraite d'office avant 65 ans. Les préretraites seront plus lourdement taxées. Ce sera un volet important du projet de loi de financement de la sécurité social qui sera présenté à la fin du mois.* »

A. LE RÉGIME DES PRÉRETRAITES

Les premières préretraites légales ont été mises en place par la loi n° 75-1279 du 30 décembre 1975 relatives aux conditions d'accès à la retraite de certains travailleurs manuels ; la mesure s'adressait alors aux seuls salariés âgés de 60 à 65 ans.

Depuis, les entreprises françaises disposent de plusieurs dispositifs de préretraite. Tous ont pour objet de fournir un revenu de remplacement à des salariés ayant atteint un certain âge et dont le contrat de travail est rompu ou l'activité professionnelle est devenue très réduite. Les dispositifs se répartissent en deux groupes : les préretraites relevant d'un régime légal défini par l'État (préretraite licenciement, préretraite progressive, préretraite amiante) et les préretraites conventionnelles définies entre les partenaires sociaux (cessations anticipées d'activité – CATS – dont les avantages fiscaux et sociaux sont cependant définis par la loi et conditionnés par une intervention de l'État et

préretraite d'entreprise). Par ailleurs, dans la fonction publique, qui n'est pas concernée par le présent article du projet de loi, il existe deux dispositifs de cessation anticipée du travail : le congé de fin d'activité⁽¹⁾ et la cessation progressive d'activité⁽²⁾.

En dernier lieu, le régime de l'allocation de remplacement pour l'emploi (ARPE), créé en 1995 et reconduit jusqu'à la fin 2002 (accord des partenaires sociaux du 14 juin 2000), a cessé de produire ses effets. Il était en effet réservé aux salariés nés au plus tard en 1942 et justifiant de 160 trimestres validés d'assurance vieillesse à compter du premier jour du mois suivant le 58^e anniversaire. Il organisait une sortie du marché du travail pour les salariés ayant commencé à travailler avant leur 15^e ou 16^e anniversaire ou pour ceux qui totalisaient 43 ans d'assurance validés qui est tombée en désuétude avec les dispositions de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites pour les carrières longues. L'ARPE était servie jusqu'à l'âge de 60 ans. L'allocation était égale à 65 % du dernier salaire brut annuel, limité à quatre fois le plafond de la sécurité sociale, sans pouvoir être inférieure au montant minimum de l'allocation spéciale du FNE qui est plafonnée à 85 % du salaire brut de l'intéressé.

1. Les différents types de préretraite ou cessation anticipée du travail

a) La préretraite totale FNE ou préretraite licenciement

La préretraite totale du Fonds national de l'emploi (FNE) s'adresse aux entreprises qui envisagent de procéder à un licenciement pour motif économique et qui ne sont pas en mesure d'assurer le reclassement des salariés âgés touchés par les licenciements. La mise en œuvre de cette procédure impose à l'entreprise d'avoir au préalable conclu avec l'État (direction départementale du travail) une convention d'allocation spéciale.

La convention vise à définir les mesures de protection de l'emploi des salariés âgés de 50 ans et plus et imposer à l'entreprise de soumettre à l'autorisation administrative ses embauches ultérieures.

Concernant les salariés âgés de 50 ans et plus, la convention doit, en principe, prévoir une clause de non-licenciement ou de limitation au minimum de

(1) Le congé de fin d'activité a été mis en place en 1997 et aménagé par l'article 74 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Elle est réservée aux fonctionnaires nés de 1943 à 1946 totalisant au moins 15 ans de services et 40 années de cotisations ou retenues (ou 25 ans et 37,5 années pour ceux nés en 1943 ou 1944) : ils peuvent bénéficier d'une retraite progressive avec 75 % de leur traitement brut ou 70 % s'ils sont non titulaires et leur pension de retraite est liquidée lorsqu'ils atteignent l'âge de 60 ans, le calcul de la pension étant effectué selon les modalités en vigueur à la date d'accès au congé.

(2) La cessation progressive d'activité a été mise en place en 1982 et a été profondément réformée par l'article 73 de la loi du 21 août 2003. Elle est réservée aux fonctionnaires âgés d'au moins 57 ans totalisant au moins 25 ans de services et 33 années de cotisations ou retenues et qui sont soumis à une limite d'âge de 65 ans : ils peuvent sur leur demande et sous réserve de l'intérêt du service bénéficier d'un temps partiel dégressif (soit 80 % du temps de travail les deux premières années, puis 60 % au-delà, soit quotité fixe de 50 %). La rémunération est égale, pendant les deux premières années, à 6/7^e du traitement et des primes et indemnités correspondant à l'emploi de temps plein puis à 70 % des mêmes éléments.

ces licenciements ou, à défaut, une organisation de l'offre de reclassement interne. Lorsque le licenciement est inévitable, l'entreprise doit s'engager à assurer ou faciliter le reclassement des salariés. Une obligation de résultat ou de moyens doit être prévue, soit par une proposition de reclassement interne ou externe des salariés âgés de 50 à 56 ans, soit par une proposition d'offres valables d'emploi, soit par une proposition de congé de conversion. La convention doit comporter un engagement de l'entreprise de ne pas licencier pour motif économique ou de ne pas procéder à des départs négociés de salariés âgés de 56 ans et plus.

Le non-respect de la convention est sanctionné par le versement d'une contribution d'un montant égal, selon la taille de l'entreprise, à 40 à 100 % des salaires annuels moyens des bénéficiaires potentiels de la convention.

La validité de la convention est conditionnée au respect par l'entreprise de l'obligation de soumettre à l'autorité administrative compétente les embauches sous CDI ou CDD de plus de trois mois intervenant dans les douze mois suivant la notification du dernier licenciement ayant donné à une préretraite. L'accord de l'administration est réputé acquis après un silence de sept jours renouvelable une fois à la demande de l'administration. Toutefois, les conventions conclues pour un nombre de bénéficiaires inférieur à cinquante n'entraînent pas de contrôle administratif des embauches.

L'entreprise signataire doit proposer à ses salariés âgés d'au moins 57 ans (à la date de fin du préavis de licenciement) d'adhérer personnellement à la convention conclue avec l'État. Toute adhésion est irréversible et prive le salarié du droit de contester son licenciement pour motif économique.

Tout salarié adhérent et qui fait l'objet d'un licenciement pour motif économique tout en n'étant pas susceptible de reclassement selon les modalités fixées par la convention peut s'arrêter de travailler et percevoir jusqu'à l'âge de la retraite une allocation versée par l'ASSEDIC. Dans des cas limitativement énumérés (fermeture d'établissement, problème social d'emploi créé à l'échelon régional, plan social exemplaire), l'âge de 57 ans peut être abaissé à 56 ans.

Outre la condition d'âge, le salarié bénéficiaire de la convention doit avoir appartenu pendant dix ans à un régime de sécurité sociale au titre d'emplois salariés, justifier avant la fin du préavis d'une année d'appartenance continue à l'entreprise, ne pas être chômeur saisonnier, ne pas être en mesure de bénéficier d'une pension de retraite pour inaptitude au travail, ne plus exercer d'activité professionnelle et ne pas réunir les conditions pour obtenir une liquidation de pension de retraite au taux plein.

b) La préretraite progressive

La préretraite progressive a été instituée par la loi n° 92-1446 du 31 décembre 1992 relative à l'emploi, au développement du travail à temps partiel et à l'assurance chômage (3° de l'article L. 322-4 du code du travail). L'article 18 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a abrogé ce

dispositif à compter du 1^{er} janvier 2005, les conventions signées à cette date continuant toutefois à produire leurs effets jusqu'à leur terme.

Ce dispositif visait à organiser le passage au temps partiel des salariés travaillant à temps plein et visés par un licenciement économique ou à organiser des embauches compensatrices de départs en préretraite progressive. Il s'adressait à des salariés âgés d'au moins 55 ans. Le salarié devait justifier de dix années d'affiliation à un régime de sécurité sociale au titre d'emplois salariés et de douze mois continus d'ancienneté dans l'entreprise en tant que travailleur à temps complet. N'étaient pas éligibles les salariés en mesure de bénéficier d'une pension de vieillesse pour inaptitude au travail et les salariés réunissant le nombre de trimestres d'assurance leur permettant de liquider leur retraite au taux plein.

Une convention de préretraite progressive devait être conclue par l'entreprise selon le même modèle que la convention de préretraite totale FNE. Le dispositif s'adressait aux entreprises engagées dans un processus de réduction d'effectifs ou aux entreprises ayant des capacités d'embauche. Plusieurs types de préretraites progressives étaient possibles : préretraite relevant d'un plan social visant à pallier le recours aux licenciements économiques (passage des salariés à un temps de travail partiel égal à 50 % de la durée antérieure de leur temps de travail), préretraite avec embauches compensatrices totales, préretraite avec embauches compensatrices partielles. Les embauches devaient bénéficier au moins pour moitié à des publics prioritaires et au moins pour les deux tiers à des jeunes de moins de 26 ans.

Le salarié devait adhérer personnellement à la préretraite progressive. Un avenant à son contrat de travail était conclu pour enregistrer le passage au temps partiel.

c) La préretraite des travailleurs de l'amiante

L'allocation de cessation anticipée d'activité versée aux travailleurs de l'amiante a été mise en place par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Ce régime de préretraite s'adresse aux salariés ou anciens salariés âgés d'au moins 50 ans. Le salarié ou ancien salarié doit être dans l'une des situations suivantes :

– soit être reconnu atteint d'une maladie provoquée par l'amiante ou d'une maladie reconnue d'origine professionnelle dont l'imputabilité à l'amiante est attestée ;

– soit avoir travaillé dans un établissement de fabrication de matériaux contenant de l'amiante ou réalisant des opérations de flochage ou de calorifugeage de l'amiante qui figure sur une liste fixée par arrêté, pendant une période déterminée également par arrêté au cours de laquelle des matériaux et contenant de l'amiante y étaient fabriqués ou durant laquelle l'amiante y a été traité ; en ce

cas, il doit avoir atteint un âge au moins égal à celui résultant de la soustraction du tiers du nombre de jours travaillé dans l'établissement à l'âge de 60 ans, sans qu'il soit inférieur à 50 ans ;

– soit avoir travaillé dans un établissement de construction ou réparation navales qui figure sur une liste fixée par arrêté, y avoir exercé un métier figurant sur une liste fixée par le même arrêté et avoir atteint un âge au moins égal à celui résultant de la soustraction du tiers du nombre de jours où il a exercé ce métier dans l'établissement à l'âge de 60 ans, sans qu'il soit inférieur à 50 ans ;

– soit avoir travaillé dans un port figurant sur une liste fixée par arrêté en tant qu'ouvrier docker professionnel ou personnel portuaire assurant la manutention ou marin, pendant une période déterminée également par arrêté au cours de laquelle y ont été manipulés des sacs d'amiante ; en ce cas, il doit avoir atteint un âge déterminé en fonction de la durée d'activité dans le port, sans qu'il soit inférieur à 50 ans.

L'allocation de cessation anticipée doit être demandée à la caisse régionale d'assurance maladie. L'admission au bénéfice de l'allocation doit entraîner la cessation de l'activité professionnelle par démission remise à l'employeur. Cette rupture du contrat de travail entraîne le versement d'une indemnité de cessation d'activité non assujettie aux cotisations de sécurité sociale, à la CSG et à la CRDS et à l'impôt sur le revenu.

d) La cessation anticipée d'activité de certains travailleurs salariés

Le régime de la cessation anticipée d'activité de certains travailleurs salariés (CATS) a été mis en place par le décret n° 2000-105 du 9 février 2000. Il vise à permettre aux salariés ayant exercé des activités particulièrement pénibles de cesser leur activité avant 60 ou 65 ans. Le dispositif est ouvert en exécution d'un accord professionnel national et d'un accord d'entreprise (article L. 352-3 du code du travail). À cette condition, l'État prend en charge une partie du financement des allocations.

L'accord de branche définit les conditions d'ouverture du droit à la CATS, les conditions d'âge, le montant de l'allocation et les modalités de son versement et la période pendant laquelle les salariés peuvent adhérer aux mesures de CATS.

L'accord d'entreprise doit organiser une gestion prévisionnelle des emplois, le développement des compétences et l'adaptation à l'évolution de l'emploi pour que l'État intervienne financièrement. L'entreprise doit également avoir fixé une durée de travail de 35 heures hebdomadaires ou une durée qui ne peut excéder 1 600 heures sur l'année lorsqu'elle applique un accord de modulation.

L'accord de branche ou l'accord d'entreprise doit préciser le nombre maximal de bénéficiaires de l'allocation sur la période d'adhésion.

Une convention de gestion doit être conclue entre l'État, l'entreprise et l'organisme chargé de la gestion des CATS qui a été désigné par l'accord professionnel. La signature de cette convention tripartite conditionne l'intervention financière de l'État et la validation gratuite des périodes au titre du régime de base de l'assurance vieillesse et les exonérations de charges sociales.

Pour ouvrir droit à une aide financière de l'État, le salarié doit :

– soit avoir accompli quinze années de travail à la chaîne ou en équipes successives ;

– soit avoir travaillé habituellement plus de 200 nuits par an pendant quinze ans ;

– soit avoir la qualité de travailleur handicapé à la date de signature de l'accord de branche et justifier d'au moins 40 trimestres d'assurance vieillesse au titre d'un régime de salariés.

En outre, le salarié doit :

– avoir adhéré au dispositif au plus tôt à 55 ans et avant 65 ans, l'aide de l'État ne pouvant être versée que lorsqu'il a atteint l'âge de 57 ans ;

– être ou avoir été salarié de l'entreprise de façon continue pendant au moins un an ;

– n'exercer aucune activité professionnelle, mais une reprise d'activité est possible dans les conditions prévues par l'accord professionnel et entraîne en ce cas la suspension de l'aide de l'État ;

– ne pas réunir les conditions pour bénéficier d'une retraite à taux plein ;

– ne pas bénéficier d'une allocation de préretraite totale FNE.

Pendant la période d'adhésion au dispositif, le contrat de travail est suspendu, le bénéficiaire ne doit pas exercer d'activité professionnelle et il ne doit pas percevoir d'indemnité de l'assurance chômage ni bénéficier d'une pension de retraite ou d'un avantage de vieillesse.

e) Les préretraites d'entreprise

Les entreprises peuvent par des accords professionnels, des conventions collectives, des accords d'entreprise ou simplement par un engagement du chef d'entreprise mettre en place des préretraites. Seules les entreprises les plus importantes sont en mesure d'assumer le coût de ces « préretraites maison ».

Selon le contenu de l'accord, le contrat de travail est suspendu ou rompu. La préretraite peut être gérée en interne dans l'entreprise ou par un assureur extérieur. Les formules sont d'une très grande variété.

2. La fixation du montant des allocations de préretraite

a) La préretraite totale FNE, la préretraite des travailleurs de l'amiante et la cessation anticipée d'activité de certains travailleurs salariés

Le salarié en préretraite totale FNE, en préretraite amiante ou en CATS reçoit une allocation spéciale mensuelle (article R. 322-7 du code du travail), qui est versée par l'ASSEDIC compétente et dont le montant est égal à :

– 65 % de son ancien salaire brut calculé sur la base des douze derniers mois ayant servi au calcul des cotisations ASSEDIC, dans la limite du plafond de la sécurité sociale (2 682 euros pour un mois, au 1^{er} janvier 2007) ;

– 50 % de ce salaire de référence pour la part supérieure au plafond de la sécurité sociale, dans la limite de deux fois le montant de ce plafond.

Pour les marins, le montant de l'allocation de préretraite amiante est égal à 65 % du salaire forfaitaire de la catégorie dans laquelle est classé le marin pendant la dernière activité précédant sa demande.

En matière de CATS, le montant ci-dessus constitue un montant minimum de revenu garanti par la loi. Il sert de base à la détermination de la participation de l'État, cette participation étant modulée en fonction de l'âge du bénéficiaire ; un taux de prise en charge de 20 % est appliqué pour les allocataires âgés de 55 ans, de 35 % pour ceux de 56 ans et 50 % pour ceux de 57 ans et plus. Certains accords professionnels prévoient des revenus supérieurs.

L'article L. 351-3 du code du travail prévoit que le montant d'une allocation de préretraite ne peut être inférieur au montant de l'allocation d'aide au retour à l'emploi, c'est-à-dire 28,91 euros par jour depuis le 1^{er} janvier 2007 ou 867,30 euros pour un mois de trente jours. L'allocation ne doit, en revanche, pas excéder 85 % du montant du salaire de référence.

L'allocation est revalorisée dans les mêmes conditions que les pensions de retraite du régime général d'assurance vieillesse (en fonction de l'indice des prix, au 1^{er} janvier de l'année).

L'allocation de préretraite est versée jusqu'à l'âge de 60 ans si le bénéficiaire réunit, à cette date, le nombre de trimestres d'assurance permettant de liquider sa pension de retraite au taux plein ou jusqu'à la date où il réunit ces conditions de liquidation. Le versement s'arrête au plus tard à 65 ans, âge où les retraites des salariés sont toutes liquidées au taux plein quelle que soit la durée d'assurance réunie. L'allocation cesse d'être versée si son bénéficiaire fait liquider une pension de vieillesse personnelle (et non de réversion). Une reprise d'activité interrompt également le versement, sauf si l'activité est inférieure à 16 heures par mois et rapporte moins de 16/169^e du salaire brut de référence (en ce cas, le montant perçu est déduit de l'allocation) ou si l'activité a un caractère bénévole et remplit certaines conditions (mandats syndicaux ou électifs, activité associative).

Deux allocations de préretraite ne peuvent être cumulées et une allocation ne peut être cumulée avec une pension de vieillesse de droit direct ni avec un revenu de remplacement visé à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale. Le cumul est possible avec une rente d'accident du travail ou de maladie professionnelle, une pension militaire d'invalidité ou une pension de réversion versée par un régime complémentaire. Une allocation différentielle peut être versée pour les personnes titulaires d'une pension d'invalidité servie par un régime obligatoire, une pension de réversion, une pension de veuf ou veuve du régime général ou une pension de retraite d'un régime spécial de sécurité sociale.

b) La préretraite progressive

Le salarié passé en retraite progressive perçoit une allocation complémentaire de préretraite s'ajoutant à la rémunération de son temps partiel. Son montant est égal à :

– 30 % du salaire de référence dans la limite du plafond de la sécurité sociale (2 682 euros par mois au 1^{er} janvier 2007),

– 25 % de la part de ce salaire comprise entre ce plafond et deux fois le montant de ce plafond (5 364 euros).

Le salaire de référence est celui sur lequel ont été assises les contributions au régime d'assurance chômage des douze mois civils précédant le dernier jour de temps de travail à temps plein.

Le montant de l'allocation ne peut être inférieur à 14,46 euros par jour depuis le 1^{er} janvier 2007, soit 433,80 euros pour un mois de trente jours (montant fixé par arrêté). Le montant de l'allocation est revalorisé dans les mêmes conditions que les pensions de retraite du régime général.

Comme pour l'allocation de préretraite totale FNE, l'allocation compensatrice de retraite progressive est versée jusqu'à 60 ans ou 65 ans ou jusqu'à l'obtention de la durée d'assurance nécessaire à la liquidation au taux plein de la pension de retraite. Si un allocataire âgé de 60 à 65 ans cesse totalement son activité professionnelle sans avoir la durée d'assurance nécessaire pour obtenir le taux plein, il a droit, à son départ en retraite, à une indemnité de départ en retraite. L'allocataire arrivant à l'âge où il peut obtenir une retraite au taux plein peut être mis à la retraite d'office avec versement d'une indemnité ou peut demander la liquidation de sa pension avec versement d'une indemnité de départ en retraite. L'allocataire peut également bénéficier des mesures de retraite progressive sous réserve du respect des conditions de cumul entre un emploi et sa retraite.

Le versement de l'allocation est suspendu en cas d'accroissement, au-delà du plafond prévu, de la durée du temps de travail ou en cas de reprise d'une activité professionnelle salariée sauf en cas de tutorat ou d'activité d'intérêt

général pour des associations à but non lucratif ou des collectivités publiques ayant conclu une convention avec l'État à cet effet.

c) Les préretraites d'entreprise

Le montant n'est pas encadré par la loi. Il résulte de l'accord des parties.

3. Le financement des préretraites

a) La préretraite totale FNE ou préretraite licenciement

Le financement de l'allocation spéciale FNE est réparti entre l'entreprise signataire de la convention, l'État et le salarié au travers d'une contribution indirecte.

Le financement de l'employeur varie selon la taille de l'entreprise, sa situation financière et la qualité de son plan de sauvegarde de l'emploi. Ces facteurs sont appréciés par la direction du travail. L'assiette de calcul varie selon le salarié allocataire :

– pour le salarié qui a adhéré à la convention avant l'âge de 60 ans, l'assiette est égale à son salaire journalier de référence multiplié par le nombre de jours de prise en charge jusqu'à 60 ans, augmenté d'une majoration forfaitaire de 365 jours ;

– pour le salarié qui a adhéré à la convention après l'âge de 60 ans, l'assiette est égale à son salaire journalier de référence multiplié par une base forfaitaire de 455 jours de prise en charge.

Les taux suivants sont appliqués à ces assiettes :

– pour les entreprises de moins de 500 salariés n'appartenant pas à un groupe d'importance nationale : 22,5 % ou 30,5 % de l'allocation si le salarié est âgé moins de 57 ans ;

– pour les entreprises de plus de 500 salariés ou appartenant à un groupe d'importance nationale : 38 % ou 46 % si le salarié est âgé moins de 57 ans ;

– pour les entreprises de plus de 2 000 salariés : 48 % ou 56 % si le salarié est âgé moins de 57 ans.

L'entreprise verse dès l'admission du premier allocataire un montant forfaitaire égal à 80 % du montant de la contribution globale ainsi calculée. Le solde de la contribution est versé dans les deux mois suivant la clôture des adhésions et est calculé en fonction des adhésions effectives et des réfections de la contribution globale résultant des participations des salariés au financement. La contribution propre de l'entreprise qui résulte de ces versements n'est pas assujettie aux cotisations de sécurité sociale et est exonérée de versement sur les salaires.

Le salarié allocataire participe au financement en abandonnant une partie de son indemnité de départ. Cette part est égale à la différence entre le montant de l'indemnité conventionnelle de licenciement et la plus élevée des deux indemnités suivantes : l'indemnité de départ à la retraite ou l'indemnité légale de licenciement. La participation du salarié ne peut pas dépasser 40 fois le montant de son salaire journalier de référence en cas de départ à partir de 57 ans ou 45 fois en cas de départ avant 57 ans. Cette participation ne peut être prise en charge par l'entreprise.

Compte tenu de ces deux recettes, l'État complète le financement pour assurer la couverture complète du coût des allocations spéciales FNE.

b) La préretraite progressive

L'entreprise signataire d'une convention de préretraite progressive participe au financement des allocations sauf si elle fait l'objet d'une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire ou si elle est dans l'incapacité d'assumer cette charge. Sa contribution financière est assise sur une assiette calculée comme suit :

– pour les salariés admis en préretraite progressive avant 60 ans : salaire journalier de référence du salarié multiplié par le nombre de jours pendant lesquels l'allocation est versée augmenté de 365 jours ;

– pour les salariés admis en préretraite progressive après 60 ans : salaire journalier de référence du salarié multiplié par un nombre forfaitaire de 455 jours.

Sur cette assiette est appliqué un taux déterminé comme suit :

– pour les entreprises de 250 salariés ou moins : 2 % en cas de compensation totale des adhésions ou 5 % (taux minimal) en cas d'absence d'embauche ou d'embauches compensatrices partielles ;

– pour les entreprises de plus de 250 salariés : 2 % en cas de compensation totale des adhésions avec des recrutements prioritaires portant sur au moins 90 % des embauches, 5 % (taux minimal) en cas de compensation totale des adhésions avec des recrutements prioritaires portant sur 50 à 90 % des embauches ou 8 % (taux minimal) en cas d'absence d'embauche ou d'embauches compensatrices partielles.

c) La préretraite des travailleurs de l'amiante

Les allocations sont financées par le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (*cf.* rapport de M. Jean-Pierre Door sur les branches maladie et accidents du travail). Les entreprises sont redevables d'une contribution variant selon l'âge de l'admission au bénéfice de l'allocation.

4. Le régime d'imposition fiscale et sociale des préretraites

a) Le régime des préretraites d'État

Le régime suivant est applicable à l'allocation spéciale FNE, à l'allocation compensatrice de retraite progressive, à l'allocation de préretraite amiante, aux allocations de CATS et à l'ARPE.

Ces allocations de préretraite ne sont pas assimilées à des salaires. Aucune cotisation ou contribution sociale assise sur les salaires n'est donc due par l'employeur. Néanmoins, elles sont soumises aux prélèvements sociaux suivants à la charge de l'allocataire :

- 1,7 % au titre de la couverture d'assurance maladie ;
- toutefois, l'allocation de préretraite amiante est assujettie à une cotisation d'assurance maladie au taux du régime général (0,75 %) pour les bénéficiaires de l'allocation au 26 décembre 2002 qui sont rattachés au régime général et au taux applicable à chaque régime d'affiliation de l'allocataire pour les bénéficiaires de l'allocation à compter du 26 décembre 2002 ;
- 6,6 % au titre de la contribution sociale généralisée (CSG), dont 4,2 % sont déductibles fiscalement ; toutefois, en fonction de leur situation fiscale, les allocataires peuvent bénéficier de l'exonération de CSG (III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale renvoyant aux seuils définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts : d'une part revenus éligibles à l'allègement de la taxe d'habitation et d'autre part les titulaires d'une allocation non contributive du Fonds de solidarité vieillesse) ou du taux réduit de 3,8 % (article L. 136-8 du code de la sécurité sociale : pour les salariés dont le montant de l'impôt sur le revenu est inférieur au seuil de mise en recouvrement, soit 61 euros) ;
- 0,5 % au titre de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

Les prélèvements sociaux sont précomptés sur les allocations de préretraite. Ils ne peuvent avoir pour effet de ramener l'allocation journalière à un montant inférieur au SMIC brut journalier. Ces taux de prélèvement sont, le cas échéant, réduits d'autant pour atteindre ce résultat.

Fiscalement, les allocations de préretraite sont imposables au titre des revenus (catégorie traitements et salaires), à l'exception de l'indemnité de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante (32° et 33° de l'article 81 du code général des impôts).

Depuis le 1^{er} janvier 2001, les périodes de versement des allocations de CATS, si une convention est passée avec l'État, font l'objet d'une validation gratuite au titre des cotisations d'assurance vieillesse du régime général. Les cotisations sont prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

b) Le régime des préretraites d'entreprise

Les avantages versés par les employeurs sont soumis aux cotisations et contributions sociales des revenus de remplacement. Elles sont à la charge de l'allocataire. Il s'agit :

– d'une cotisation au titre de l'assurance maladie au taux de 1,7 % lorsque le dispositif est mis en place dans le cadre de dispositions conventionnelles (accord négocié et conclu avec les organisations syndicales représentatives), c'est-à-dire le taux applicable aux revenus de remplacement ;

– d'une cotisation au titre de l'assurance maladie au taux de 1 % lorsque le dispositif résulte d'une pure décision unilatérale de l'employeur, c'est-à-dire au taux applicable aux avantages complémentaires de retraite versés par les employeurs ;

– du paiement de la CSG au taux de 6,6 %, dont 4,2 % sont déductibles fiscalement ; toutefois, en fonction de leur situation fiscale, les allocataires peuvent bénéficier de l'exonération de CSG (III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale renvoyant aux seuils définis au IV de l'article 1417 du code général des impôts : d'une part revenus éligibles à l'allégement de la taxe d'habitation et d'autre part les titulaires d'une allocation non contributive du Fonds de solidarité vieillesse) ou du taux réduit de 3,8 % (article L. 136-8 du code de la sécurité sociale : pour les salariés dont le montant de l'impôt sur le revenu est inférieur au seuil de mise en recouvrement, soit 61 euros) ;

– du paiement de la CRDS au taux de 0,5 %.

Ces trois prélèvements ne peuvent avoir pour effet de ramener l'allocation journalière à un montant inférieur au SMIC brut journalier. Ces taux sont réduits d'autant pour obtenir ce résultat.

Lorsque le contrat de travail est suspendu, l'employeur doit acquitter la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,3 %). S'il est rompu, elle n'est pas due.

Fiscalement, les allocations de préretraite entreprise sont imposables au titre de l'impôt sur le revenu (catégorie traitements et salaires).

En outre, l'employeur doit acquitter une contribution spécifique sur les avantages servis dans le cadre d'une préretraite d'entreprise, qu'elle résulte d'une disposition conventionnelle ou d'une décision unilatérale de l'employeur, lorsque le contrat de travail du salarié est rompu. Cette contribution a été instituée par l'article 17 de la loi du 21 août 2003 (article L. 137-10 du code de la sécurité sociale). Elle s'applique aux dispositifs conventionnels ou unilatéraux conclus après le 27 mai 2003.

Le taux plein de cette contribution assise sur les préretraites d'entreprise est de 24,15 % depuis le 1^{er} janvier 2006. Ce taux est calculé comme suit : il est « égal à la somme des taux des cotisations, à la charge de l'employeur et du salarié, prévues aux deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3 du présent code ou au II de l'article L. 741-9 du code rural pour les employeurs relevant du régime agricole [soit 14,95 % de cotisation plafonnée + 1,70 % de cotisation déplafonnée] et du taux de cotisation, à la charge de l'employeur et du salarié, sous plafond du régime complémentaire conventionnel légalement obligatoire régi par le livre IX [soit 7,50 % : taux de cotisation ARRCO de la tranche 1 de revenu] » (II de l'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale).

Mais le taux appliqué aux préretraites d'entreprises versées en 2007 bénéficie d'une réfaction. La loi du 21 août 2003 a, en effet, prévu d'appliquer des taux réduits jusqu'au 31 mai 2008. Le décret n° 2003-1316 du 30 décembre 2003 a défini le montant de ces réductions : sur les avantages versés en 2004, application du taux normal réduit de moitié ; puis chaque année civile suivante, le taux appliqué aux avantages versés sur l'année civile est augmenté de deux points et demi par rapport au taux applicable l'année précédente.

Compte tenu de ce dispositif, le taux réduit appliqué en 2007 est de 19,5 % (il était de 12 % en 2004). Il sera de 22 % pour les indemnités versées du 1^{er} janvier au 31 mai 2008 et passera ensuite au taux plein qui est actuellement de 24,15 %.

Cette contribution spécifique est applicable à tous les avantages de préretraite d'entreprise résultant d'accords collectifs, de stipulations contractuelles ou de décisions unilatérales d'employeurs conclus après le 27 mai 2003. Antérieurement, les préretraites d'entreprise n'avaient pas de taxation spécifique.

5. Le régime de sécurité sociale applicable aux préretraités du FNE

Le salarié partant en préretraite n'est pas inscrit sur la liste des demandeurs d'emploi et conserve ses droits aux prestations des régimes de sécurité sociale.

En matière d'assurance maladie, il bénéficie des prestations en nature (remboursement des frais médicaux et soins) mais les prestations en espèces (indemnités journalières) ne sont maintenues que pendant les douze mois suivant la cessation d'activité.

En matière d'accidents du travail, aucune indemnité journalière ne peut être accordée.

En matière d'invalidité-décès, les prestations en espèces ne sont maintenues que pendant les douze mois suivant la cessation d'activité.

En matière de prestations familiales, les allocations sont intégralement maintenues.

Enfin, les périodes de versement de l'allocation sont validées gratuitement par le régime de base de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (financement par le Fonds de solidarité vieillesse), les régimes complémentaires de l'ARRCO et de l'AGIRC procédant également à une validation gratuite à hauteur d'un taux plafonné (au-delà, le cadre peut acquérir des points AGIRC en cotisant) sur la base du salaire antérieur à la préretraite. Dans le régime complémentaire de l'ARRCO, la validation gratuite des points est complète pour la préretraite totale FNE mais limitée aux points acquis au taux minimal obligatoire de cotisation sur le salaire dans la préretraite progressive (cotisation exigée pour valider les points acquis par cotisation au taux facultatif). Dans le régime complémentaire de l'AGIRC, la validation gratuite des points n'est accordée que dans la limite des points acquis au taux minimal obligatoire de cotisation sur le salaire, la validation des points acquis par cotisation au taux facultatif n'étant effectuée qu'en contrepartie d'une cotisation aussi bien dans la préretraite totale FNE que la préretraite progressive.

La validation gratuite est financée par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) qui rembourse à la CNAV et à l'AGIRC-ARRCO les cotisations correspondantes attribuées aux assurés. Cette mission du FSV résulte des dispositions de l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale. Compte tenu de l'insuffisance des recettes du FSV jusqu'en 2008, l'établissement n'était en mesure de rembourser à la CNAV *via* l'ACOSS les montants des cotisations vieillesse correspondant aux périodes validées gratuitement de chômage et de préretraites qu'avec un retard d'un an et demi à deux ans. En l'absence de réserve de trésorerie étant donné la situation de ses comptes, la CNAV est conduite à emprunter. Seules les validations des périodes de chômage et de préretraites – le financement par le FSV de ces cotisations gratuites aux régimes de base représentant toutefois 7,18 milliards d'euros sur les 14,3 milliards de charges totales du FSV en 2007 – faisaient l'objet de ce remboursement avec retard, dont les modalités ont d'ailleurs été encadrées contractuellement par la CNAV et le FSV, mais la charge financière devant être supportée par la CNAV pour assurer le financement de ses charges a atteint la somme de 96,5 millions d'euros en 2006.

Les titulaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante obtiennent des points de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC pendant leur période de préretraite amiante. Ils sont affiliés à l'assurance vieillesse volontaire. Par conséquent, les périodes de versement de l'allocation sont prises en compte pour le calcul des droits à la retraite.

B. LE RÉGIME DES MISES À LA RETRAITE

1. La distinction entre départ en retraite volontaire et mise à la retraite d'office

Dans le secteur privé, le fait d'atteindre un certain âge ou de réunir les conditions pour obtenir une pension de retraite ne saurait provoquer la rupture du contrat de travail. Toute clause contraire d'un contrat de travail serait nulle (article

L. 122-14-12 du code du travail qui deviendra, au plus tard le 1^{er} mars 2008, l'article L. 1237-4).

En revanche, dans la fonction publique, la loi prévoit qu'il est automatiquement mis fin aux fonctions de tout fonctionnaire le jour où il atteint l'âge limite prévu par les statuts de son corps ; il est alors rayé des cadres de l'administration et sa pension de retraite est liquidée. Par ailleurs, à sa demande, le fonctionnaire peut demander à être admis à la retraite à partir de l'âge de 55 ans s'il a accompli quinze ans de services actifs effectifs.

Le salarié peut décider de rompre son contrat de travail pour partir en retraite à 60 ans, âge minimum légal auquel une pension de retraite peut être liquidée dans le régime général, ou à un âge inférieur s'il réunit les conditions de départ anticipé en retraite pour carrière longue ou pour cause de handicap lourd. Le salarié doit néanmoins respecter un préavis. Cette décision ne constitue pas une démission dès lors que le salarié demande la liquidation de sa pension (à défaut, l'employeur est en droit de demander le remboursement de l'indemnité de départ en retraite). Il n'existe pas d'âge maximal pour partir en retraite mais le salarié le fera normalement à l'âge de 65 ans qui lui permet d'obtenir, quelle que soit sa durée d'assurance ou de cotisation, une pension de retraite au taux maximum, aussi bien dans son régime de base que ses régimes complémentaires. En tout état de cause, son employeur pourra le mettre d'office à la retraite à cet âge.

Le salarié prenant sa retraite a droit à une indemnité. Aux termes de l'accord national interprofessionnel du 10 décembre 1977 annexé à l'article 1^{er} de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978, sauf dispositions conventionnelles ou contractuelles plus favorables, cette indemnité de départ en retraite est égale à :

- la moitié d'un mois de salaire si le salarié a dix ans d'ancienneté ;
- un mois de salaire si le salarié a quinze ans d'ancienneté ;
- un mois et demi de salaire si le salarié a vingt ans d'ancienneté ;
- deux mois de salaire si le salarié a trente ans d'ancienneté.

Le salaire pris en compte est le salaire moyen des douze derniers mois précédant le départ volontaire en retraite si celui-ci est supérieur au salaire moyen versé les trois derniers mois.

L'employeur peut, de son côté, prendre l'initiative, dans certaines circonstances, de mettre fin au contrat de travail afin de provoquer la liquidation de la pension de retraite de son salarié ; on parle alors de mise à la retraite d'office. Toutefois, le salarié dont le contrat est ainsi rompu n'est pas obligé de faire liquider sa pension de retraite : il peut reprendre une activité salariée chez un autre employeur.

2. Les conditions de mise à la retraite

La mise à la retraite par l'employeur ou mise à la retraite d'office constitue une faculté exceptionnelle strictement encadrée par la loi.

a) Le régime antérieur à la loi du 21 août 2003

Avant la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, un employeur pouvait mettre un travailleur à la retraite d'office dès lors que celui-ci remplissait cumulativement deux conditions :

– pouvoir bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein : pour cela, il fallait avoir cotisé 160 trimestres et être âgé de 60 ans ; pouvaient également bénéficier du taux plein les assurés qui ne totalisaient pas le nombre de trimestres requis mais qui étaient âgés de 65 ans ;

– remplir les conditions d'âge minimum prévues par la convention collective ou le contrat de travail si elles existent ou, à défaut, par le régime d'assurance vieillesse, pour pouvoir bénéficier d'une pension de vieillesse, soit 60 ans pour les salariés relevant du régime général.

Dans ces conditions, la mise à la retraite pouvait survenir dès lors que le salarié avait atteint l'âge de 60 ans et qu'il remplissait les conditions pour bénéficier d'une pension à taux plein. Le non-respect des procédures par l'employeur constituait et constitue encore de nos jours un licenciement.

Cette situation allait à l'encontre de la volonté de relever le taux d'activité des seniors. En outre, l'absence de réforme de la retraite d'office aurait été injuste dès lors qu'a été mise en place une surcote permettant aux salariés de continuer à améliorer leurs droits à pension ⁽¹⁾ même quand ils ont une durée d'assurance ouvrant droit à une pension au taux plein ⁽²⁾.

b) La réforme introduite par la loi du 21 août 2003

L'article 16 de la loi du 21 août 2003 a redéfini les conditions de mise à la retraite (article L. 122-14-13 dont ses alinéas seront répartis dans le nouveau code de travail entrant en vigueur au plus tard le 1^{er} mars 2008 entre les articles L. 1237-9, L. 1237-7, L. 1237-5, L. 1237-8, L. 1237-6 et L. 1237-10). Il a repoussé à 65 ans l'âge auquel l'employeur peut mettre en œuvre cette procédure.

(1) La surcote permet aujourd'hui de majorer la pension de retraite du régime général et des régimes alignés de 3 % la première année travaillée au-delà de 60 ans (majoration de 0,75 % par trimestre) puis de 4 % les années suivantes (majoration de 1 % par trimestre) et enfin de 5 % les années travaillées au-delà de 65 ans (majoration de 1,25 % par trimestre) (décret n° 2006-1611 du 15 décembre 2006).

(2) Pour mémoire, une pension est liquidée au taux plein, dans le régime général et les régimes alignés, si l'assuré a 65 ans ou s'il réunit 160 trimestres d'assurance tous régimes d'assurance vieillesse confondus. La pension est alors égale à 50 % du salaire annuel moyen (calculé sur les 24 meilleures années pour les assurés nés en 1947 et les 25 meilleures pour ceux nés à partir de 1948) multiplié par le rapport entre le nombre de trimestres validés dans le régime de retraite et une durée de proratisation égale pour les assurés nés en 1947 à 158 trimestres d'assurance et pour ceux nés à partir de 1948 à 160 trimestres (article 109 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007).

Cependant, deux dérogations sont prévues :

– lorsque le salarié relève d'un accord collectif étendu conclu avant le 1^{er} janvier 2008 et qui contient une disposition ouvrant la possibilité d'une mise à la retraite à un âge inférieur à 65 ans ;

– lorsque le salarié relève d'un dispositif de préretraite légal, une mise à la retraite peut intervenir avant 65 ans.

Toutefois, dans les deux cas, la loi ne permet pas que la mise à la retraite puisse intervenir avant l'âge de 60 ans ou à une date où le salarié ne réunit pas les conditions pour liquider sa pension de retraite au taux plein. Si une mise à la retraite intervient en contravention de ces principes, la rupture du contrat de travail par l'employeur constitue un licenciement qui ne peut être légal que si les conditions définies par le code du travail sont réunies (existence d'un motif réel et sérieux, respect de la procédure, versement d'indemnités, ...).

Afin de ménager la transition et de respecter les accords qu'avaient pu passer les partenaires sociaux, le législateur de 2003 a laissé subsister la possibilité d'une mise à la retraite d'office à partir de 60 ans (sous réserve que les salariés concernés bénéficient du taux plein de retraite) lorsqu'il existe, au niveau de l'entreprise, un régime collectif spécifique :

– soit qu'il s'agisse d'un dispositif antérieur à la loi du 21 août 2003 de type préretraite ou cessation progressive d'activité ;

– soit que soit conclu, avant le 1^{er} janvier 2008, un accord collectif étendu (ce terme impliquant qu'il s'agisse d'un accord de branche) « *fixant des contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle* ».

Les partenaires sociaux ont abondamment usé de cette dernière possibilité : fin 2005, 74 accords de branche avaient été conclus et étendus dans le cadre juridique institué par la loi du 21 août 2003. Ce dispositif a manifestement rencontré un certain consensus : les deux tiers des accords signés en 2005 l'avaient été par trois syndicats de salariés ou plus ⁽¹⁾.

c) Les modifications apportées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

L'article 106 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a procédé à un nouvel aménagement du cadre légal des mises à la retraite d'office.

Cette modification répondait aux orientations du plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors présenté par le gouvernement le 6 juin 2006 : l'action n° 11 de ce plan vise à « *mettre un terme aux accords abaissant l'âge de mise à la retraite d'office* ». Il est en outre prévu que « *la possibilité de conclure*

(1) Source : « *La négociation collective en 2005* », ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement.

de nouveaux accords de ce type sera fermée et une modification du code du travail interviendra en 2006. Par ailleurs, les partenaires sociaux seront appelés à réexaminer les accords déjà conclus afin de rendre effectif le principe de libre choix du salarié concernant son départ en retraite, de manière que ces accords cessent de produire leur effet au plus tard au 1^{er} janvier 2010 ».

Cependant, alors que le projet de loi déposé proposait de supprimer la possibilité de conclure des accords professionnels mettant en place des procédures de mise en retraite et de mettre un terme au 1^{er} janvier 2010 aux effets des accords de branche précédemment conclus et étendus, le gouvernement a fait adopter au Parlement un dispositif introduisant une nouvelle période dérogatoire permettant de maintenir des facultés de mise à la retraite jusqu'à la fin de l'année 2013.

En premier lieu, le III de l'article 106 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a pour effet, en réécrivant la deuxième phrase du quatrième alinéa actuel de l'article L. 122-14-13 relative aux régimes dérogatoires conventionnels introduits par la loi du 21 août 2003, de ne laisser subsister de manière pérenne – c'est-à-dire codifiée dans le code du travail – que les exceptions « historiques » antérieures à la loi du 21 août 2003. Sont ainsi visées les cessations anticipées d'activité organisées :

– « *en application d'un accord professionnel mentionné à l'article L. 352-3* » du code du travail, qui renvoie aux mécanismes d'indemnisation de la privation partielle d'emploi et de préretraite établis par voie conventionnelle ;

– « *en application d'une convention mentionnée au 3^o de l'article L. 322-4* » du même code, ce 3^o, désormais abrogé⁽¹⁾, définissant les conventions de préretraites progressives ;

– plus généralement, « *lors de l'octroi de tout autre avantage de préretraite défini antérieurement à la publication de la loi [...] portant réforme des retraites* ».

Sont maintenues, dans le cadre de ces dispositifs en extinction, les conditions préexistantes : le salarié doit pouvoir bénéficier d'une pension au taux plein et être âgé de 60 ans au moins. Toute disposition contraire de ces accords, notamment celles prévoyant une mise à la retraite avant 60 ans, est nulle.

Le III de cet article 106 a également réécrit la troisième phrase du quatrième alinéa actuel de l'article L. 122-14-13 pour interdire, à compter du 23 décembre 2006, date d'entrée en vigueur de la loi, la signature et l'extension de toute convention ou accord collectif prévoyant la possibilité de mettre à la retraite un salarié âgé de moins de 65 ans. Cette précision a été rendue nécessaire par la multiplication de ces situations juridiquement non conformes au droit de l'assurance vieillesse mais que la loi n'interdisait pas expressément.

(1) *De nouveaux accords de préretraite progressive ne peuvent plus être signés depuis le 1^{er} janvier 2005.*

En outre, le V de ce même article (cinquième alinéa actuel de l'article L. 122-14-13) prive de leurs effets les conventions et accords signés ou étendus avant le 22 décembre 2006, date de publication de la loi, qui ont prévu la possibilité de mise à la retraite d'un salarié avant l'âge de 60 ans. Ces dispositions cessent de produire leurs effets au plus tard le 31 décembre 2007. Il s'agit d'une grande nouveauté juridique puisque la loi du 21 août 2003 ne fixait pas d'échéance impérative à la portée de ces accords qui devaient simplement être conclus avant le 1^{er} janvier 2008.

Enfin le IV de ce même article (dernière phrase du quatrième alinéa actuel de l'article L. 122-14-13) a mis un terme, à compter du 1^{er} janvier 2010, au mécanisme même des mises à la retraite d'office des salariés âgés de 60 à 65 ans réunissant les conditions pour liquider leur pension de retraite au taux plein, en application d'un accord de branche ou d'une convention collective. Les accords conclus et étendus avant le 22 décembre 2006 qui permettaient ces mises à la retraite en contrepartie d'embauches et de mesures de formation professionnelle cesseront de produire leurs effets au 31 décembre 2009.

Une extinction de ces accords collectifs est donc ainsi programmée. À compter de 2010, les mises à la retraite d'office avant 60 ans ne devraient plus être possibles.

La conformité à la Constitution de cette modification *a posteriori* de la portée d'accords collectifs qui ont été conclus avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et l'ont été sous le régime d'une loi antérieure (qui invitait à passer ces accords) a été validée par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 14 décembre 2006.

d) La mise en place d'une période transitoire de 2010 à 2013

Alors que les III, IV et V de l'article 106 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 organisent la disparition du mécanisme des mises à la retraite d'office, les I et II de ce même article, qui ont été introduits par voie d'un amendement du gouvernement sur le texte adopté par la commission mixte paritaire, atténuent substantiellement la portée de ces dispositions. Ils créent une période transitoire courant du 1^{er} janvier 2010 au 1^{er} janvier 2014 pendant laquelle une nouvelle forme de départ en retraite est possible : il s'agit d'un « départ en retraite avec l'accord de l'employeur », formule permettant d'associer le départ en retraite volontaire avec les avantages financiers et sociaux de la mise en retraite d'office. Sur cette période, les salariés de 60 à 65 ans ayant réuni les conditions pour faire liquider leur retraite au taux plein pourront encore bénéficier des dispositions relatives à la mise à la retraite qui ont été étendues et sont contenues dans des conventions ou accords collectifs conclus entre le 22 août 2003, date d'entrée en vigueur de la loi portant réforme des retraites, et le 22 décembre 2006, date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (troisième alinéa actuel de l'article L. 122-14-13 du code du travail créé par le II de l'article 106). L'accord doit avoir été signé entre les partenaires sociaux entre

ces deux dernières dates mais l'arrêté d'extension peut intervenir sans date limite si ce n'est le 31 décembre 2013.

Ce « départ en retraite avec l'accord de l'employeur » prend tous les caractères de la mise à la retraite sauf qu'il doit recueillir l'assentiment du salarié. En particulier, le régime fiscal et de charges sociales de ses indemnités le rend particulièrement attractif tant pour l'employeur que le salarié, en comparaison de celui prévu pour les indemnités de départ en retraite de droit commun. Le I de l'article 106 organise le régime de cette nouvelle indemnité de départ : *cf.* point 4 ci-après sur le régime d'imposition.

Dans sa décision du 14 décembre 2006, le Conseil constitutionnel a validé ce dispositif transitoire en jugeant qu'il n'enfreint pas le principe d'égalité et est en rapport direct avec l'objet de l'article 106, qui vise à supprimer la mise à la retraite d'office des salariés de moins de 65 ans tout en évitant de porter une atteinte excessive à l'économie générale des conventions légalement conclues, dans la mesure où il ne fait qu'atténuer sa portée.

3. La procédure de mise à la retraite d'office

Lorsque les conditions permettant la mise à la retraite sont réunies, l'employeur n'est pas tenu de respecter la procédure de licenciement (entretien préalable, notification de la rupture du contrat par lettre recommandée) mais il doit faire connaître clairement au salarié sa volonté de mettre fin à la relation de travail. Un préavis doit être respecté ; sa durée est au moins celle applicable aux licenciements (fixée par les usages ou la convention collective si le salarié justifie d'une ancienneté inférieure à six mois, un mois pour une ancienneté comprise de six mois à deux ans, deux mois pour une ancienneté d'au moins deux ans) ; une convention collective ou le contrat de travail peut prévoir des dispositions plus favorables.

Une indemnité de mise à la retraite doit être versée au salarié. Son montant est au moins égal à celui de l'indemnité légale de licenciement ou à celui de l'indemnité de départ à la retraite prévue par la convention collective ou le contrat de travail si celle-ci est plus importante que l'indemnité légale de licenciement. Il ne peut être inférieur à l'indemnité de départ en retraite prévue dans le contrat de travail ou la convention collective éventuellement applicable (première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail).

Le point 1 ci-dessus expose le calcul de l'indemnité légale de départ en retraite.

Le montant minimum de l'indemnité de licenciement pour motif économique est, quant à lui, égal au produit des deux dixièmes du salaire mensuel de référence du salarié par le nombre de ses années d'ancienneté jusqu'à concurrence de dix années auquel sont ajoutés, le cas échéant, deux quinzièmes du salaire mensuel de référence par année d'ancienneté au-delà des dix premières années. Le salaire de référence est égal au douzième de la rémunération des douze

mois précédant le licenciement ou, si la formule est plus avantageuse, au tiers des trois derniers mois, étant entendu que, dans ce dernier cas, les primes et gratifications annuelles ou exceptionnelles sont prises en compte selon un montant calculé *prorata temporis* (article R. 122-2 du code du travail).

4. Le régime d'imposition des indemnités de mise à la retraite

Les régimes fiscal et social des indemnités de départ à la retraite volontaire et de mise à la retraite d'office sont très différents :

– l'indemnité de départ en retraite ne bénéficie, sauf lorsqu'elle est versée dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi, que d'une exonération d'impôt sur le revenu plafonnée à 3 050 euros (22° de l'article 81 du code général des impôts) et d'aucun avantage social ;

– l'indemnité de mise à la retraite est assimilée à une indemnité de licenciement et se trouve dès lors exonérée à la fois d'impôt et de cotisations sociales dans la limite de son montant conventionnel ou à défaut légal, voire au-delà de ce montant dans la limite de deux fois le dernier salaire annuel brut du salarié, ou 50 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, sans toutefois que la part exonérée excède cinq fois le plafond de la sécurité sociale, soit 160 920 euros en 2007.

Le régime de l'indemnité de « départ à la retraite avec l'accord de l'employeur » est un panachage avantageux des deux régimes.

a) Le régime fiscal

L'article 80 *duodecies* du code général des impôts pose un principe général d'assujettissement à l'impôt sur le revenu des indemnités versées à l'occasion de la rupture d'un contrat de travail. Toutefois, une fraction des indemnités de licenciement et des indemnités de mise à la retraite sont exonérées.

L'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a abaissé les limites maximales d'exonération. Auparavant, l'exonération était égale au quart de la première tranche de l'impôt sur la fortune (183 000 euros en 2005). Est désormais exonérée la fraction de l'indemnité de mise à la retraite qui n'excède pas :

– soit deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou 50 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de cinq fois le plafond de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités, soit 13 410 euros par mois ou 160 920 euros annuels pour 2007 ;

– soit le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à

défaut, par la loi, si ce montant est supérieur à cinq fois le plafond de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités.

L'indemnité de « départ à la retraite avec l'accord de l'employeur » qui peut être servie du 1^{er} janvier 2010 au 1^{er} janvier 2014 est soumise au même régime fiscal.

b) Le régime des charges sociales

L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale définit l'assiette de calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales.

Il prévoit que sont prises en compte « *les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur [...], ainsi que les indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecies du [code général des impôts]* ».

La circulaire DSS/5B n° 2006-175 du 18 avril 2006 relative aux modalités d'assujettissement à cotisations de sécurité sociale, à CSG et à CRDS des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail a précisé le régime des charges sociales applicable aux indemnités de mise à la retraite.

Comme en matière fiscale, l'indemnité de mise à la retraite n'est soumise à cotisation sociale que si elle dépasse un certain plafond. Le régime d'assujettissement social s'est calé sur la réforme fiscale intervenue en 2006. En conséquence, l'indemnité est exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans la limite la plus élevée des deux suivantes ⁽¹⁾ :

– deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou la moitié du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de cinq fois le plafond de sécurité sociale en vigueur à la date de versement des indemnités, soit 13 410 euros par mois ou 160 920 euros annuels pour 2007 ;

– le montant de l'indemnité de mise à la retraite prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi.

L'indemnité est exclue de l'assiette de la CSG et de la CRDS dans la limite du montant prévu par la convention collective de branche, l'accord

(1) *La circulaire illustre le calcul avec l'exemple suivant : « Un salarié ayant trente ans d'ancienneté perçoit une rémunération annuelle brute égale à 155 340 euros (cinq fois le plafond de sécurité sociale en 2006), soit 12 945 euros par mois. En cas de mise à la retraite, la convention collective prévoit le versement d'une indemnité égale à six mois de salaire pour trente ans d'ancienneté. Lors de sa mise à la retraite, le salarié reçoit donc une indemnité de 77 670 euros. »*

professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi. Elle demeure soumise à CSG et CRDS pour sa part excédant le montant de l'indemnité de mise à la retraite prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi ⁽¹⁾.

L'indemnité versée au salarié étant égale au montant conventionnel, elle est totalement exonérée de cotisations et de contributions sociales.

Concernant le dispositif transitoire courant du 1^{er} janvier 2010 au 1^{er} janvier 2014, le deuxième alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail fixe le régime d'imposition spécial applicable : l'indemnité de « départ à la retraite avec l'accord de l'employeur » est assujettie en totalité à la CSG et à la CRDS mais elle obéit au même régime fiscal et social que celui de l'indemnité de licenciement, c'est-à-dire qu'elle conserve, sur ce point, le régime avantageux applicable aux indemnités de mise à la retraite.

C. L'ÉTAT DU RECOURS AUX PRÉRETRAITES ET MISES À LA RETRAITE

1. Les préretraites en France

Le nombre de préretraites accordées par les entreprises, notamment les préretraites d'entreprise, les caractéristiques des bénéficiaires et les montants d'allocations ou avantages alloués sont mal connus car il n'existe aucune obligation déclarative des employeurs.

Le projet de loi entend réparer cette lacune en mettant en place une telle obligation déclarative (IV et V de l'article 10).

Les dernières statistiques complètes et disponibles du ministère du travail portent sur l'année 2005.

(1) *Sont assujetties à la contribution sociale généralisée (article L. 136-2, 5° du code de la sécurité sociale) « les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ou, en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être inférieure au montant assujetti à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecies du code général des impôts. Sont également assujetties toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ».*

État des préretraites avec participation de l'État au 31 décembre 2005

	1992	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Allocation spéciale de préretraite FNE									
Entrées annuelles	48 837	23 683	11 993	7 920	6 740	6 875	6 998	4 772	4 048
Nombre fin décembre	162 558	152 409	73 411	59 939	48 045	37 958	33 441	26 842	20 711
Préretraite progressive									
Entrées annuelles	4 517	26 858	13 372	11 117	12 357	14 616	15 299	6 534	5 096
Nombre fin décembre	13 114	52 520	44 675	42 045	42 742	47 267	50 942	41 260	33 414
Allocation de remplacement pour l'emploi (ARPE)									
Entrées annuelles		2 650	45 170	37 461	21 354	834	0	0	0
Nombre fin décembre		2 622	84 519	86 580	73 125	38 161	16 295	5 331	1 053
Cessation anticipée d'activité de certains travailleurs salariés (CATS)									
Entrées annuelles				6 133	5 313	11 824	16 519	15 446	9 612
Nombre fin décembre				6 133	9 871	20 948	34 581	45 723	40 377
Cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante									
Entrées annuelles				3 894	5 803	8 335	7 685	8 100	7 930
Nombre fin décembre				3 785	9 152	16 681	22 516	27 409	32 570
Total des préretraites financées avec une participation de l'État									
Entrées annuelles	50 354	53 191	70 535	66 525	51 567	42 484	46 501	34 852	26 686
Nombre fin décembre	175 672	207 551	202 605	198 482	182 935	161 015	157 775	146 565	128 125
Congé de fin d'activité (fonction publique)									
Entrées annuelles			15 564	11 888	12 965	14 162	1 392	616	256
Nombre fin décembre			15 142	18 407	21 579	22 664	20 998	15 156	9 579
Cessation progressive d'activité (fonction publique)									
Entrées annuelles							15 530	1 529	129
Nombre fin décembre							41 018	34 676	27 548

Source : DARES, ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité (Premières synthèses Informations n° 52.1 de décembre 2006)

2. Les mises à la retraite d'office

Au 11 juillet 2007, 109 accords de branche avaient été conclus et étendus dans le cadre juridique institué par la loi du 21 août 2003, sur un nombre total de 138 accords de branche signés (relevé de la direction du travail) ; ces accords couvrent 115 branches professionnelles. Quatre accords ont été signés en 2003, 73 en 2004, 32 en 2005, 27 en 2006 et deux entre le 1^{er} janvier et le 11 juillet 2007.

Depuis la présentation du plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors du 6 juin 2006, le nombre d'extensions s'est ralenti, mais ne s'est pas éteint contrairement aux déclarations du gouvernement lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Au second semestre 2006, cinq arrêtés d'extension ont été signés ; de janvier à avril 2007, six nouveaux arrêtés d'extension ont été signés. Sous le gouvernement de M. François Fillon, trois arrêtés d'extension ont été signés (les 5 et 15 juin 2007) concernant les branches de l'immobilier, des employés, techniciens et agents de maîtrise des travaux publics et du bâtiment.

Une mission de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales a remis un rapport en novembre 2006 évaluant entre

86 000 et 107 500 personnes le nombre de mises à la retraite d'office prononcées chaque année avec allocation d'une indemnité de mise à la retraite. Cette estimation peut être rapprochée de l'estimation du nombre de départ à la retraite volontaire avec indemnité de départ : 114 000 à 142 500 personnes.

La CNAV fournit une estimation inférieure du nombre de mises à la retraite : 57 308 en 2006, 63 360 en 2007, 65 960 en 2008, 70 771 en 2009 et 74 923 en 2011.

Les 138 accords de branche couvrent 115 branches employant 6,4 millions de salariés, soit 39,5 % des effectifs salariés affiliés à l'UNEDIC au 31 décembre 2006 (16,2 millions d'emplois salariés).

3. L'impact négatif de ces procédures sur les régimes d'assurance vieillesse

Les préretraites créent une charge pour le Fonds de solidarité vieillesse qui est chargé de financer la validation gratuite des périodes de préretraite au titre de l'assurance vieillesse du régime général. En 2006, le coût des validations de cotisations dues au titre des allocataires relevant du FNE s'est élevé à 44,2 millions d'euros et celui lié aux CATS à 88,4 millions d'euros.

D. LES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI EN MATIÈRE DE PRÉRETRAITE

Les **I** et **II** du présent article du projet de loi visent à supprimer les taux réduits (6,6 % et 3,8 %) et l'exonération de CSG dont bénéficient les allocations de préretraite (*cf.* point A.4 ci-dessus). Celles-ci seront assujetties au taux de CSG de droit commun de 7,5 % à compter du 11 octobre 2007, jour de délibération du projet de loi par le Conseil des ministres.

Le **1° du I** supprime la mention des allocations de préretraite du **1° du III** de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale qui dresse la liste des revenus non inclus dans l'assiette de la CSG.

Le **2° du I** supprime les allocations de préretraite des revenus assujettis au taux réduit de CSG de 6,6 %. Dès lors que les allocations de préretraite sont supprimées du **2° du II** de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, elles ne peuvent plus bénéficier du taux réduit de 3,8 % ni de l'exonération prévus par le **III** de ce même article.

Le **II** définit la date d'entrée en vigueur du nouveau régime d'imposition, à savoir le 11 octobre 2007. Cette date s'apprécie par rapport à la date de prise d'effet de la préretraite ou de la cessation anticipée d'activité. Le dispositif de l'article s'applique à tous les types de préretraite bénéficiant du taux réduit de CSG, y compris les avantages de cessation anticipée d'activité des travailleurs salariés. Il n'est donné aucun effet rétroactif à ce nouveau régime d'imposition : les allocations et avantages perçus après le 11 octobre 2007 sur le fondement

d'une préretraite ouverte avant cette date continueront de bénéficier du régime d'imposition dérogatoire actuellement en vigueur.

Le **III** modifie le régime de la contribution spécifique acquittée par les employeurs sur les allocations ou avantages de préretraite d'entreprise. Celles-ci sont assujetties à un taux de contribution de 24,15 % réduit à titre transitoire en 2007 à 19,5 % et pour la période de janvier à mai 2008 à 22 % (*cf.* point A.4 ci-dessus).

Le **2° du III** relève tout d'abord le taux normal de la contribution à 50 %. Par ailleurs, le VI supprime les taux réduits qui courent jusqu'au 31 mai 2008 (abrogation du IV de l'article 17 de la loi du 21 août 2003).

Le **1° du III** affecte le produit de cette contribution spécifique à la CNAV. L'article 17 de la loi du 21 août 2003, qui a mis en place cette contribution, a alloué son produit au FSV. Cette affectation était justifiée par le fait que le FSV a notamment pour mission de financer la validation gratuite des périodes d'assurance des allocataires de préretraite financée par l'État, au titre du régime général d'assurance vieillesse (régimes de base et complémentaires). La CNAV et l'AGIRC-ARRCO sont chargées de procéder à la liquidation des droits et au versement des pensions et sont remboursées par le FSV.

Cette affectation à la CNAV est désormais fondée car les comptes du FSV devraient retrouver leur équilibre en 2008, la dette cumulée du FSV devant être résorbée en 2012. Parallèlement, les charges et les pertes de recettes entraînées par les systèmes de préretraite creusent de plus en plus le déficit du régime général.

En application du deuxième alinéa du **VII**, ce nouveau taux de 50 % et cette affectation à la CNAV s'appliqueront aux avantages de préretraite d'entreprise versés à compter du 11 octobre 2007.

Pour les avantages versés en application d'une préretraite d'entreprise accordée antérieurement au 11 octobre 2007, le dernier alinéa du VII prévoit qu'ils restent soumis au taux normal de contribution prévu par le dispositif en vigueur au 10 octobre 2007 mais pas au taux réduit (ancienne rédaction du II de l'article L. 137-10) et non taxés si la préretraite d'entreprise a été accordée en application d'un accord collectif, d'une stipulation contractuelle ou d'une décision unilatérale de l'employeur postérieur au 27 mai 2003 (dispositions du III de l'article 17 de la loi du 21 août 2003).

Ce dernier alinéa du VII ne maintient pas l'application du taux réduit de la contribution qui est prévu par le IV de l'article 17 de la loi du 21 août 2003. La combinaison des VI et VII du présent article conduit donc à soumettre, à compter de l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, c'est-à-dire le lendemain de sa publication au *Journal officiel*, les avantages versés avant le 11 octobre 2007 au taux normal de 24,15 %. À partir de cette date, le taux de réduit de 19,5 %, qui pouvait encore s'appliquer le 11 octobre 2007, passera donc à 24,15 %.

En conséquence, le **VI** abroge les III et IV de l'article 17 de la loi du 21 août 2003. Le III de l'article 17 précise que la contribution spécifique s'applique aux préretraites d'entreprise accordées en application d'un accord collectif, d'une stipulation contractuelle ou d'une décision unilatérale de l'employeur postérieur au 27 mai 2003. Le IV organise une période transitoire courant jusqu'au 31 mai 2008 pendant laquelle un taux réduit de contribution est appliqué.

Les **IV** et **V** visent à améliorer la connaissance des mesures de préretraite décidées au sein des entreprises. En effet, si le gouvernement est correctement informé des conventions et accords collectifs signés qui contiennent des mesures de préretraite, l'état des préretraites effectivement accordées aux salariés n'est pas connu faute d'obligation de déclaration. Le projet de loi propose donc de définir une obligation déclarative : chaque année, au plus tard le 31 janvier, tout employeur devra adresser au ministre chargé de l'emploi une déclaration indiquant :

- le nombre de salariés partis en préretraite ou en cessation anticipée d'activité au cours de l'année précédente ;
- l'âge de ces salariés ;
- le montant de l'avantage alloué.

Ces informations seront individualisées comme en matière de déclaration annuelle des données sociales.

Le non-respect de cette obligation déclarative, dont le contenu et les modalités seront précisés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'emploi, sera sanctionné comme en cas d'absence de déclaration unique d'embauche : l'employeur encourra une pénalité égale à 300 fois le SMIC horaire, à savoir 963 euros depuis le 1^{er} juillet 2007. La pénalité sera recouvrée par les URSSAF. Son produit sera affecté à la CNAV.

Aucune déclaration n'est cependant exigée des employeurs dont aucun salarié n'est parti en préretraite ou n'a été placé en cessation anticipée d'activité.

Le **IV** modifie l'actuel code du travail en ce sens. Le **V** modifie le nouveau code du travail qui entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} mars 2008 conformément à l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 de codification du nouveau code, comme le précise le **VII** du présent article.

E. LES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI EN MATIÈRE DE MISE À LA RETRAITE

Les **VIII** et **IX** visent à rapprocher le régime d'imposition sociale des indemnités de mise à la retraite du régime d'imposition des préretraites d'entreprise en les soumettant à une contribution à la charge de l'employeur calquée sur celle prévue par l'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale en

matière de préretraite d'entreprise (*cf.* l'analyse ci-dessus du III du présent article). Un article L. 137-12 est inséré à cet effet dans le code de la sécurité sociale.

Cette contribution sera appliquée aux indemnités de mise à la retraite versées à n'importe quel salarié quel que soit son âge, y compris au-delà de 65 ans (il n'existe aucun âge plafond pour liquider une pension de retraite). Le IX soumet à cette contribution toutes les indemnités versées à compter du 11 octobre 2007, y compris celles résultant d'une décision de mise à la retraite prise par un employeur avant cette date. Le taux normal de cette contribution est fixé à 50 % mais, à titre transitoire, jusqu'au 31 décembre 2008, un taux réduit de moitié sera appliqué.

Symétriquement aux dispositions du III réformant la contribution prévue par l'article L. 137-10 en matière de préretraite d'entreprise, le produit de la contribution à la charge de l'employeur sur les indemnités de mise à la retraite sera versé à la CNAV.

Le X modifie par coordination des dispositions du code de la sécurité sociale. En application du XI, ces modifications seront applicables à compter du 11 octobre 2007.

Le 1° du X abroge le 9° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale qui affecte le produit de la contribution au FSV.

Le 2° du X modifie l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, qui définit les ressources du régime général d'assurance vieillesse, en ajoutant le produit des contributions prévues par les articles L. 137-10 et L. 137-12.

F. LES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI EN MATIERE DE DÉPART À LA RETRAITE AVEC L'ACCORD DE L'EMPLOYEUR

Le XII du présent article aligne le régime d'imposition de l'indemnité de départ en retraite avec l'accord de l'employeur prévu par les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 122-14-13 du code du travail sur le régime d'imposition de l'indemnité de départ en retraite volontaire visée au premier alinéa de ce même article L. 122-14-13. Les régimes étaient identiques en matière d'imposition à la CSG et à la CRDS (soumission au taux de droit commun de la totalité des indemnités) mais, au regard de l'impôt sur le revenu et des cotisations sociales, l'indemnité de départ en retraite avec l'accord de l'employeur résultant du régime transitoire courant de 2010 à 2014 bénéficie des exonérations et des taux réduits applicables aux indemnités de licenciement (*cf.* point B.4 ci-dessus), contrairement aux indemnités de départ volontaire qui sont soumises aux cotisations de sécurité sociale selon le régime de droit commun et à l'impôt sur le revenu pour leur fraction excédant 3 050 euros.

Ce dispositif est très coûteux pour les finances sociales. Compte tenu des hypothèses retenues par l'inspection générale des finances et l'inspection générale des affaires sociales dans leur rapport de novembre 2006, la charge annuelle du

dispositif transitoire pour la sécurité sociale serait de l'ordre de 350 à 600 millions d'euros.

G. LE CHIFFRAGE DU RENDEMENT FINANCIER DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 10

Le gouvernement évalue à 88 millions d'euros les recettes supplémentaires pour 2008 entraînées par le nouveau dispositif d'imposition des préretraites. Cette somme bénéficiera en totalité à la CNAV.

L'alignement des avantages de préretraite et cessation anticipée d'activité sur le taux de droit commun de la CSG devrait rapporter 7 à 8 millions d'euros. Le relèvement du taux de la contribution spécifique due par les employeurs sur les préretraites d'entreprise devrait rapporter 80 millions d'euros.

Le chiffrage de la mesure relative aux préretraites d'entreprise correspond à l'estimation de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui a observé que plus de 1 100 entreprises ont utilisé en 2006 cette facilité. La quasi-totalité des indemnités a été soumise au taux réduit de CSG. L'assiette des indemnités de préretraites ou cessations anticipées d'activité d'entreprise est d'environ 176 millions d'euros en 2006. La suppression des taux réduits provisoires prévus pour s'appliquer jusqu'au 31 mai 2008 et le relèvement du taux normal de 24,15 à 50 % devraient produire un rendement de l'ordre de 80 millions d'euros, selon l'ACOSS, si les entreprises maintiennent leur niveau de recours à cette facilité de cessation d'activité. Il convient cependant d'être prudent : la baisse du nombre de préretraites, ce qui est l'objectif premier du dispositif, pourrait réduire les recettes tirées de la mesure du projet de loi. Néanmoins, il est vraisemblable que compte tenu du taux réduit de taxation prévu pour l'année 2008 et de la préparation très amont – c'est-à-dire dès aujourd'hui – des grands plans de mise en préretraite au sein des grandes entreprises, le nombre de préretraites sur l'année 2008 ne devrait pas baisser substantiellement.

Concernant la modification de l'imposition des mises à la retraite d'office, le gouvernement estime son rendement à 300 millions d'euros pour 2008 (hypothèse d'une indemnité moyenne de 13 000 euros pour 86 000 mises à la retraite par an avancée par la Cour des comptes). Cette somme sera également affectée en totalité à la CNAV.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard visant à supprimer l'assujettissement des allocations de préretraite à la contribution sociale généralisée (CSG) au taux normal de 7,5 %.

Mme Martine Billard a indiqué que cet article entraînerait une diminution importante des préretraites qui sont souvent d'un montant peu élevé, d'environ 600 euros en moyenne. La mesure proposée par le projet de loi est d'ailleurs contradictoire avec le discours qui est tenu sur la défense du pouvoir

d'achat, comme lors de la dernière séance des questions au gouvernement. En outre, il faut rappeler que ce sont les chefs d'entreprise qui décident des préretraites et non les salariés.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé qu'il s'agit de freiner les départs en préretraite.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné deux amendements identiques, l'un de Mme Martine Billard, l'autre de Mme Marisol Touraine, visant à supprimer l'imposition des avantages de préretraite au taux réduit de la CSG de 6,6 %.

Mme Martine Billard a indiqué que le projet de loi prévoit une augmentation de 0,9 % du prélèvement sur les préretraites qui sont considérées comme un revenu d'activité. Il faut, à cet égard, souligner l'incohérence qu'il y a à prévoir un traitement différent pour les stock-options qui sont pourtant également considérées comme des revenus d'activité.

Mme Marisol Touraine a estimé qu'il faut assurer une égalité de traitement entre les préretraites et les stock-options.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard visant à supprimer la date d'application de l'augmentation du taux de la CSG sur les préretraites accordées à partir du 11 octobre 2007.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que ce n'était pas la première fois qu'une disposition législative est d'application rétroactive. Cela permet d'éviter les effets d'aubaine.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian visant à spécifier que l'application des nouvelles contributions et le relèvement du taux de la contribution sur les préretraites d'entreprise seront applicables à compter de la date de promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

M. Dominique Tian a indiqué qu'une application rétroactive risque d'entraîner des difficultés pour les entreprises.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que retenir la date d'examen du projet de loi en conseil des ministres permet d'éviter certaines anticipations et que ce n'est pas la première fois qu'une disposition législative est d'application rétroactive. La loi du 21 août 2003 portant

réforme des retraites a ainsi rendu applicable au 26 mai 2003 la contribution sur les préretraites d'entreprise qu'elle a mise en place.

M. Jean-Marie Le Guen a indiqué comprendre la motivation de l'application rétroactive mais souligné que celle-ci, en l'occurrence, va créer un effet de « trappe à droit » dommageable pour les personnes prêtes à partir en préretraite, comme cela avait d'ailleurs été dénoncé lors de la discussion, au mois de juillet dernier, des dispositions du projet de loi sur les heures supplémentaires.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a estimé souhaitable de maintenir l'application au 11 octobre 2007 pour l'ensemble de l'article, comme pour les dispositions relatives aux stock-options. Il faut d'ailleurs remarquer que cette date concernera au premier chef les employeurs.

Contrairement à l'avis du **rapporteur**, la commission a *adopté* l'amendement.

Le président Pierre Méhaignerie s'est interrogé sur le droit applicable aux entreprises qui vont accélérer la mise en œuvre des mesures de préretraite dans les semaines à venir, alors même que l'on cherche à maintenir dans l'emploi les seniors.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que les conséquences seront limitées car les mesures de préretraite ne se mettent pas en place si rapidement. Cela souligne d'ailleurs la nécessité de s'en tenir à une date de mise en œuvre calée sur le jour d'examen en conseil des ministres. Le dispositif intéresse surtout les grandes entreprises et le choix de la date d'application ne peut déranger que leurs dirigeants et peu les salariés qui subissent les mesures.

M. Bernard Debré a rappelé que la non-rétroactivité des lois est un principe fondamental et a considéré que l'application rétroactive du dispositif pose la question du rôle du Parlement et de la délibération parlementaire.

M. Benoist Apparu a estimé qu'il est logique de retenir comme date d'application la date de l'examen du projet de loi en conseil des ministres, l'ensemble des Français ayant été informés à ce moment-là du dispositif soumis au Parlement.

M. Dominique Tian a jugé que cette considération est une négation même du rôle du Parlement.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a conclu que l'amendement proposé n'est favorable qu'aux entreprises.

Puis, la commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian visant à ne soumettre à la contribution que les indemnités de mise à la retraite versées aux salariés âgés de moins de 65 ans.

M. Dominique Tian a estimé que le champ de la mesure proposé est trop large et risque d'être contreproductif. Il est souhaitable d'en limiter l'application aux seules mises à la retraite d'office des salariés âgés de moins de 65 ans.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a estimé que la disposition proposée n'est pas cohérente avec la volonté d'encourager le maintien des salariés au travail le plus longtemps possible et de dissuader, en conséquence, les mises à la retraite d'office. Les seniors doivent pouvoir rester au travail s'ils le souhaitent. Si une entreprise veut se séparer d'un salarié, elle doit le licencier. Tel est le principe général dont il n'est pas souhaitable de limiter l'application. La taxation puis la suppression des mises à la retraite d'office doit concerner tous les salariés qu'ils aient moins ou plus de 65 ans. Le dispositif de taxation des indemnités concernera donc désormais également les salariés de plus de 65 ans. Les salariés qui veulent travailler plus longtemps doivent pouvoir le faire.

M. Dominique Tian a objecté que la solution du licenciement n'est pas pertinente pour rompre le contrat de travail d'un salarié âgé de plus de 65 ans. La procédure est très encadrée, il faut prouver une faute, *etc.*

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que le gouvernement et la majorité souhaitent mettre fin définitivement aux dispositifs encourageant les mises à la retraite d'office. Le présent amendement est le premier d'une série où l'on cherche à biaiser pour ne pas appliquer ce principe simple. Tout cela introduit, en plus, de la complexité.

M. Dominique Tian a réitéré que le code de travail ne permet pas de procéder à un licenciement pour raison d'âge et estimé que les entreprises n'ont plus de sécurité juridique.

Mme Martine Billard a rappelé que seuls les salariés qui totalisent le nombre de trimestres de cotisations nécessaires pour bénéficier du taux plein de retraite peuvent être mis à la retraite d'office avant 65 ans. On peut être mis d'office à la retraite à 65 ans, même si le salarié ne réunit pas le nombre de trimestres d'assurance puisqu'il a droit à une liquidation au taux plein. Mais il y a une ambiguïté de la législation car le retraité a le droit de reprendre une activité professionnelle dans son entreprise six mois après être parti en retraite. Cette reprise de travail est toutefois possible seulement à temps partiel.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que l'amendement vise à exonérer de taxation les mises à la retraite intervenant après 65 ans comme c'est le cas actuellement. Le gouvernement veut taxer toutes les mises à la retraite d'office quel que soit l'âge du salarié. Il faut sortir de la logique où l'entreprise cherche à se séparer de ses salariés les plus anciens.

Le président Pierre Méhaignerie a conclu que le régime des mises à la retraite d'office protège également les salariés qui n'ont pas réuni le nombre de

trimestres d'assurance suffisant pour avoir une pension au taux plein et que le débat sur ce point pourra avoir lieu avec le gouvernement en séance publique.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian visant à introduire une dégressivité sur les années 2009 à 2012 dans la mise en œuvre des mesures de mise à la retraite d'office.

M. Dominique Tian a indiqué qu'il s'agit d'introduire un minimum de dégressivité dans les pénalités visant les entreprises.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a considéré que cela consisterait à revenir en arrière par rapport aux dispositions votées l'année dernière qui ont supprimé la possibilité de mettre d'office à la retraite un salarié après la fin 2009. C'est un mauvais signal donné aux entreprises.

M. Dominique Tian a considéré qu'il s'agit d'assurer la sécurité juridique des entreprises et de prendre en compte les délais nécessaires pour mener la négociation conventionnelle entre les partenaires sociaux. En outre, l'amendement reprend une des préconisations formulées par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que la mesure a été votée en octobre 2006. D'ici à la fin 2009, les entreprises auront donc eu le temps de prendre les dispositions pour s'adapter.

M. Pierre Morange a rappelé l'analyse du ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, qui souhaite adjoindre au dispositif répressif un dispositif incitatif. Nous sommes actuellement dans une période de transition. M. Dominique Tian pourra donc trouver des apaisements auprès du gouvernement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Marisol Touraine supprimant l'alignement du régime d'imposition de l'indemnité de départ en retraite avec l'accord de l'entreprise sur celui de l'indemnité de départ en retraite volontaire.

Mme Marisol Touraine a souligné que cette mesure bénéficiera aux salariés qui sont touchés par des mesures à la décision desquelles ils ne peuvent pas participer.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, s'est déclaré défavorable à l'amendement et a indiqué qu'il proposera la suppression du régime des départs en retraite avec l'accord de l'employeur.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian visant à lisser, sur les années 2009 à 2012, la contribution sur les indemnités versées en cas de mise à la retraite d'un salarié avec l'accord de l'employeur. L'objectif ainsi recherché est d'introduire une progressivité des pénalités applicables aux entreprises utilisant les mises à la retraite en fonction de l'âge des salariés concernés.

M. Pierre Morange a souligné l'intérêt de l'amendement proposé tout en considérant qu'il n'est pas opportun dans la mesure où le système prévu par le projet de loi de financement de la sécurité sociale devra évoluer tôt ou tard. Le gouvernement entend en effet passer d'un système purement « répressif » à un système incitatif, avec des règles de bonus-malus, ce qui conduit à penser que, lors du débat en séance publique, des réponses seront apportées à la préoccupation dont cet amendement se fait l'écho.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, ayant donné un avis défavorable à l'amendement, la commission l'a *rejeté*.

La commission a examiné un amendement du rapporteur pour l'équilibre général et les recettes visant à supprimer le mode de départ à la retraite avant 65 ans avec l'accord de l'employeur institué par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, a souhaité, avec cet amendement, revenir à la logique instituée par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Le régime dérogatoire prolongeant sur 2010-2014 le mécanisme des mises à la retraite n'est plus cohérent avec l'ensemble des mesures législatives tendant à maintenir les seniors dans l'emploi. Il va à l'encontre de l'objectif prioritaire d'accroissement du taux d'activité des seniors. En outre, ce dispositif est extrêmement coûteux : il devrait représenter une dépense comprise entre 350 et 600 millions d'euros par an sur la période 2010-2013.

La commission a *adopté* l'amendement.

En conséquence, l'amendement de M. Dominique Tian, visant à limiter aux départs à la retraite avec accord de l'employeur intervenant avant l'âge de 65 ans l'imposition de la nouvelle contribution, est *devenu sans objet*.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian visant à inciter les salariés et les fonctionnaires à purger les comptes épargne-temps existants des stocks qui s’y accumulent.

M. Dominique Tian a considéré que le dispositif actuel du compte épargne-temps est trop complexe et comporte le risque d’assujettir deux fois son bénéficiaire au paiement de l’impôt et des charges sociales. Ce dispositif génère donc une insécurité juridique à laquelle il convient de mettre un terme.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l’équilibre général, a estimé que cet amendement a le mérite de soulever un réel problème. Le dispositif du compte épargne-temps permet à un salarié de continuer à travailler, mais dans le même temps empêche l’entreprise de procéder à de nouvelles embauches. L’utilité du dispositif proposé, qui devrait permettre au salarié de rester à son poste tout en valorisant son compte épargne-temps, est sans doute réelle mais, compte tenu de la complexité de ce sujet, il serait souhaitable que l’auteur de l’amendement le retravaille, notamment avec le ministère du travail. Un avis défavorable à l’adoption de cet amendement est donc donné en l’état.

M. Pierre Morange a considéré que le sujet du compte épargne-temps dans la fonction publique revêt un caractère stratégique : le stock des heures « épargnées » s’élèverait, dans la seule fonction publique hospitalière, à 800 millions d’heures ; ainsi, les stocks s’accumulent sans être réutilisés, ce qui soulève un réel problème. Par ailleurs, les fonctionnaires qui ont recours au compte épargne-temps accomplissent des tâches, mais sans être vraiment rémunérés. Il faudrait donc que le dispositif prévoie une monétisation immédiate ou différée des heures mises sur les comptes.

En conclusion, **M. Pierre Morange** a rappelé qu’il a déposé une proposition de loi sur le sujet. Compte tenu de l’importance de celui-ci, l’exécutif doit apporter des réponses claires aux questions soulevées par le compte épargne-temps.

Mme Catherine Génisson a jugé que ce sujet n’est pas sans lien avec la question des heures supplémentaires prises « à la marge » qui, elles aussi, ne sont pas payées.

M. Dominique Tian a insisté sur le fait qu’il faut trouver une solution au problème posé par les stocks accumulés sur les comptes épargne-temps. L’État devra un jour ou l’autre « passer à la caisse ».

Mme Martine Billard a rappelé que le compte épargne-temps peut être utilisé par son bénéficiaire pour accompagner une personne de son entourage qui est malade ou handicapée. Le dispositif est donc utile et devrait être amélioré.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l’équilibre général, a rappelé que les heures accordées dans le cadre du compte épargne-temps restent soumises à cotisations sociales dès lors qu’elles sont utilisées, puisque l’employé

reste un salarié. Par ailleurs, la monétisation de ces heures selon le modèle des plans épargne retraite populaire (PERP) et des plans d'épargne pour la retraite collectifs (PERCO) pose un problème de financement plus large car cela implique que le système de protection sociale ne perçoit plus de cotisations sociales. La problématique du compte épargne-temps doit être appréciée dans sa globalité et le gouvernement doit être étroitement associé à ce travail de clarification.

La commission a *adopté* l'amendement.

Puis la commission a alors *adopté* l'article 10 ainsi modifié.

Après l'article 10

La commission a été saisie d'un amendement présenté par M. Jean-Luc Prével tendant à créer un article additionnel et prévoyant de porter le taux de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) de 0,5 à 0,7 %.

M. Jean-Luc Prével a rappelé qu'en 2004, les déficits de la sécurité sociale ont été transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), dont la durée de vie a été par ailleurs prolongée. Or le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne prévoit aucune mesure comparable pour le déficit constaté en 2007, qui sera d'environ 15 milliards d'euros. Par ailleurs, malgré un taux de croissance de 2,5 % et un objectif national de dépenses d'assurance maladie de 1,5 %, le besoin de trésorerie pour l'ensemble des régimes devrait atteindre les 44 milliards d'euros.

La réforme de 2004 avait pour objet de ne pas transférer les déficits aux générations futures. La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a même déclaré explicitement que chaque génération doit financer ses propres dépenses. Dans ces conditions, on peut s'interroger légitimement sur le fait de savoir comment seront financés les déficits en 2007. En outre, le financement du déficit pour 2006 n'est même pas assuré. Compte tenu de ces observations, il est proposé d'augmenter la CRDS et d'inviter ainsi le gouvernement à prendre ses responsabilités.

M. Jean-Marie Le Guen a observé que la loi organique adoptée en 2005 mettait en place une réforme courageuse adoptée à l'unanimité, l'opposition reconnaissant alors que celle-ci traduisait, de la part du gouvernement, un réel effort. Cependant, malgré ces engagements, que constate-t-on aujourd'hui ? Le déficit de trésorerie du régime général est supérieur à 35 milliards d'euros et le coût annuel de ce déficit est égal à 1,2 milliard d'euros. Il est donc indispensable de demander au gouvernement de s'expliquer sur sa stratégie lui permettant « d'éponger » ces 35 milliards de besoin de trésorerie et ces 15 milliards de déficit du régime général.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que ce n'est pas avec une grande gaité de cœur qu'il voit s'accumuler les

déficits. Le gouvernement a incontestablement pris conscience de la gravité des problèmes qu'il devra résoudre : il sait qu'il devra apporter des réponses aux questions qui sont posées de façon si criante. Le gouvernement fera sans doute part en séance de ses intentions. La question du financement de la protection sociale sera abordée en 2008. Il faudra sans doute apporter des ressources supplémentaires pour répondre aux problèmes financiers actuels ou bien développer d'autres optiques. À l'occasion du débat en séance publique, il conviendra de demander au gouvernement son point de vue sur l'évolution de la CADES et la pertinence de sa coexistence avec l'Agence France Trésor.

M. Jean-Luc Prétel a souhaité davantage de volontarisme. Il existe un problème de financement pour 2006 et 2007. Si aucune solution n'est trouvée, nous serons responsables devant les générations futures.

Le président Pierre Méhaignerie a jugé qu'un débat en commission ne peut constituer l'occasion d'augmenter les cotisations ou les contributions sociales alors même qu'on ne dispose pas d'une vue d'ensemble des problèmes. Il convient d'agir dans le cadre d'un plan d'ensemble et tenir compte de la situation tendue en ce qui concerne le pouvoir d'achat. Plus généralement, il faut garder à l'esprit que la France est le pays en Europe où le nombre d'heures travaillées par semaine, de semaines travaillées par an, d'années de travail dans une vie est le moins élevé et où le nombre de jours d'absence au travail est le plus élevé. Quant aux dépenses liées aux prestations sociales, elles ont augmenté de 5,4 % en 2004, 4,4 % en 2005 et 3,4 % en 2006.

M. Jean-Luc Prétel a déclaré ne pas pouvoir accepter une démarche qui consiste à masquer les problèmes et les déficits. Il a ajouté qu'il pourrait accepter que la contribution à la CADES n'augmente pas à la seule condition que le gouvernement renonce aux franchises qu'il a prévu d'instituer pour l'assurance maladie.

À l'issue de ce débat, la commission *a rejeté* l'amendement.

Article 11

Aménagement de l'assiette forfaitaire de cotisation sociale généralisée des non-salariés agricoles

Le présent article propose d'améliorer les modalités de calcul de l'assiette forfaitaire de la contribution sociale généralisée des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole nouvellement installés ou redevables de la cotisation de solidarité.

1. L'aménagement de l'assiette forfaitaire provisoire des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole nouvellement installés

Le calcul de l'assiette de la CSG pour les revenus professionnels des personnes non salariées des professions agricoles est régi par l'article L. 136-4 du

code de la sécurité sociale. L'une des spécificités de cette assiette consiste en ce que, aux termes du deuxième alinéa du I de cet article, et comme pour les cotisations sociales (article L. 731-15 du code rural), « *les revenus pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle la contribution est due* », à moins que les intéressés n'exercent l'option prévue par l'articles L. 731-19 du code rural et par la deuxième phrase du deuxième alinéa du I de L. 136-4 du code de la sécurité sociale, à savoir l'assiette du seul exercice précédant l'année au titre de laquelle les cotisations et la CSG sont dues.

Le II du même article prévoit dès lors un régime spécifique « *lorsque la durée d'assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés agricoles d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne permet pas de calculer la moyenne des revenus professionnels se rapportant aux trois années de référence* », c'est-à-dire pour ceux qui seraient nouvellement installés : c'est alors un régime d'assiette forfaitaire provisoire qui leur est appliqué, dont les dispositions actuellement en vigueur résultent de l'article 11 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Au titre de la *première année*, le calcul de l'assiette distingue plusieurs cas :

– pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, l'assiette est égale au produit de ce pourcentage par le tiers de 2 028 fois le montant du salaire minimum de croissance (SMIC), sans que l'assiette puisse être inférieure à 800 SMIC ou supérieure à 2 028 SMIC ;

– pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, l'assiette est égale à 1 000 SMIC ;

– pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui débutent simultanément deux activités agricoles non salariées dont l'une ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, l'assiette correspondant à cette dernière activité est à égale 800 SMIC et celle correspondant à la première activité est calculée comme indiqué *supra*, sans que le montant total de l'assiette puisse être supérieur à 2 028 SMIC.

Le SMIC, l'importance de l'exploitation ainsi que la valeur de la surface minimum d'installation sont appréciés au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due. L'assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base des revenus professionnels afférents à la première année lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Au titre de la *deuxième année*, l'assiette est égale à la somme de la moitié de l'assiette forfaitaire de la première année et de la moitié des revenus professionnels de l'année précédente ; elle fait l'objet d'une régularisation sur la

base de la moyenne des revenus afférents à la première et à la deuxième année lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Enfin, au titre de la *troisième année*, l'assiette est égale au tiers de la somme de l'assiette forfaitaire de la première année et des revenus professionnels des deux années précédentes ; de même, elle fait l'objet d'une régularisation sur la base de la moyenne des revenus afférents aux trois premières années lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

Ces mécanismes conduisent près de la moitié des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à payer une CSG qui se révèle excessive lorsqu'il est procédé à la régularisation, ce qui conduit les caisses de mutualité sociale agricole à devoir effectuer des remboursements de contributions.

La même difficulté se posait en termes de cotisations sociales. L'article 1^{er} du décret n° 2007-637 du 27 avril 2007 relatif au calcul des cotisations sociales dues au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles et modifiant le code rural (partie réglementaire) a ainsi procédé à une nouvelle rédaction de l'article D. 731-31 du code rural : afin de limiter les cas où l'agriculteur verse une cotisation supérieure à celle dont il devra finalement s'acquitter et à réduire les sommes indûment versées, l'assiette forfaitaire a été fixée au montant de l'assiette minimum (pour les assurances maladie, invalidité, maternité et vieillesse) ou à 600 SMIC (pour les cotisations dues au titre des prestations familiales).

C'est pourquoi le 2° et le 3° du présent article, respectivement par une nouvelle rédaction du III et par l'abrogation des IV et V de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, visent à transposer cet aménagement du calcul des cotisations à celui de la CSG. Désormais, l'assiette forfaitaire provisoire au titre de la première année serait ainsi égale à 600 SMIC. Ce montant est significativement inférieur tant au plancher d'assiette prévu jusqu'alors pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation (800 SMIC) qu'à celui de l'assiette applicable à ceux dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise ne peut au contraire être appréciée en fonction de cette surface (1 000 SMIC).

Enfin, le 1° tire les conséquences du 3°, au sein même de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, en supprimant par deux fois les références aux IV et V de cet article.

2. L'aménagement de l'assiette forfaitaire provisoire des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole redevables de la cotisation de solidarité

En vertu de l'article L. 731-23 du code rural, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dont l'importance est inférieure à la moitié de la surface minimum d'installation et supérieure à un minimum fixé par décret ont à leur

charge une « cotisation de solidarité » calculée en pourcentage de leurs revenus professionnels afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la cotisation est due. Lorsque ces revenus ne sont pas connus, la cotisation de solidarité est déterminée sur la base d'une assiette forfaitaire provisoire, régularisée lorsque les revenus sont connus.

Il est en va de même, en vertu du VII de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, pour l'assujettissement des revenus de ces personnes à la CSG, institué par l'article 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, tandis que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 en transférait le recouvrement des services fiscaux à la MSA : lorsque l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise agricole peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, cette assiette forfaitaire est égale au produit de ce pourcentage par 30 % de 2 028 SMIC ; dans le cas contraire, elle est égale à 150 SMIC.

Comme pour les agriculteurs nouvellement installés (*cf.* 1 *supra*), les sommes versées par les agriculteurs redevables de la cotisation de solidarité apparaissaient surévaluées, et ce au titre aussi bien des cotisations sociales que de la CSG.

Dès lors, de même que l'article 3 du décret n° 2007-637 du 27 avril 2007 susmentionné a abaissé de 150 à 100 SMIC le montant de l'assiette forfaitaire provisoire pour les nouveaux cotisants « solidaires », le 4° du présent article simplifie les modalités de calcul et réduit le montant de l'assiette provisoire forfaitaire de la CSG, qui sera désormais de 100 SMIC pour l'ensemble des chefs d'exploitation ou d'entreprise concernés.

Enfin, le 5° supprime le dernier alinéa du VII de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que « *le salaire minimum de croissance et la valeur de la surface minimale d'installation à prendre en considération sont ceux en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due* ». En effet, cette précision devient inutile, car elle est désormais satisfaite suite aux modifications apportées par le 4° du présent article, qui reprend la référence au 1^{er} janvier pour le SMIC et rend inutile la référence au 1^{er} janvier pour la valeur de la surface minimale d'installation.

Le rapporteur souhaite que le présent article soit complété afin d'apporter des adaptations aux régimes de protection sociale agricoles :

– modifier les modalités de recouvrement de la CSG afin de prendre en compte les adaptations apportées au principe de l'annualité des cotisations sociales visant à maintenir ce principe lors de la cessation d'activité sauf en cas de décès ;

– rétablir l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi des accueillants familiaux par des groupements professionnels agricoles. En effet, cette disposition qui, tant qu'elle figurait dans le code de l'action sociale et des

familles, était applicable au régime agricole, ne l'est plus depuis qu'elle a été intégrée dans le code de la sécurité sociale.

*

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a présenté un amendement apportant des adaptations aux régimes de protection sociale agricoles. Il a expliqué qu'il s'agit, d'une part, de modifier les modalités de recouvrement de la CSG afin de prendre en compte les adaptations effectuées en matière d'annualité, d'autre part, de rétablir l'exonération de cotisations patronales pour l'emploi des accueillants familiaux par des groupements professionnels agricoles.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 11 ainsi modifié.

Article 12

Suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale (ZRR)

Le présent article propose l'abrogation du dispositif d'exonération de charges sociales institué au profit des organismes d'intérêt général ayant leur siège en zone de revitalisation rurale (ZRR).

1. Les zones de revitalisation rurale

Défini par décret, le périmètre d'une ZRR comprend, en application du II de l'article 1465 A du code général des impôts, les communes membres d'un établissement public de coopération intercommunale à fiscalité propre, incluses dans un arrondissement ou un canton caractérisé par une très faible densité de population, ou bien par une faible densité de population et satisfaisant à l'un de ces trois critères socio-économiques : déclin de la population, déclin de la population active ou forte proportion d'emplois agricoles. En outre, les établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre dont au moins la moitié de la population est incluse en zone de revitalisation rurale en application de ces critères sont, pour l'ensemble de leur périmètre, inclus dans ces zones.

La liste constatant le classement des communes en zone de revitalisation rurale est établie et révisée chaque année par arrêté du Premier ministre en fonction des créations, suppressions et modifications de périmètre des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre constatées au 31 décembre de l'année précédente. Ce classement sera révisé en 2009, puis tous les cinq ans à partir des résultats du recensement de la population le plus récent.

Le décret n° 2005-1435 du 21 novembre 2005 précise les seuils d'application susmentionnés : très faible densité de population (moins de cinq habitants au kilomètre carré), faible densité de population (moins de trente-trois habitants au kilomètre carré pour les arrondissements, moins de trente et un habitants au kilomètre carré pour les cantons et les territoires des établissements publics de coopération intercommunale à fiscalité propre), forte proportion d'emplois agricoles (taux de population active agricole supérieur au double de la moyenne nationale). La population active prise en compte est celle ayant un emploi au sens du recensement général de la population et dénombrée au lieu de résidence.

La densité, son évolution ainsi que le taux de population active sont fondés sur le décret n° 99-1154 du 29 décembre 1999 authentifiant les résultats du recensement général de la population de 1999. Les variations de la population et de la population active sont mesurées par comparaison des résultats des recensements généraux de 1990 et de 1999.

2. Les régimes d'exonération des implantations dans les zones de revitalisation rurale

Les entreprises implantées dans une zone de revitalisation rurale bénéficient, à l'égal de celles implantées dans une zone de redynamisation urbaine (ZRU), d'un régime résultant des dispositions de l'article L. 322-13 du code du travail (futur article L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale), tandis que les organismes d'intérêt général implantés en ZRR se sont vus reconnaître un régime spécifique par les articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

• *Une exonération pour les nouvelles embauches réalisées par les entreprises*

Les gains et rémunérations versés au cours d'un mois civil aux salariés embauchés dans les ZRR sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales et des accidents du travail dans la limite de 1,5 SMIC. Cette exonération doit avoir pour effet d'accroître l'effectif de l'entreprise, sans toutefois le porter à plus de cinquante salariés. Pour en bénéficier, l'employeur ne doit pas avoir procédé à un licenciement dans les douze mois précédant la ou les embauches.

L'exonération s'applique aux embauches réalisées par les entreprises et les groupements d'employeurs exerçant une activité artisanale, industrielle, commerciale, agricole ou non commerciale, à l'exclusion de La Poste et France Télécom ainsi que des employeurs dont les salariés relèvent d'un régime spécial de sécurité sociale. Sont en outre exclus du dispositif les associations (à l'exception des associations soumises à l'impôt sur les sociétés et redevables de la TVA dans les conditions de droit commun), les syndicats, les mutuelles, les

particuliers employeurs, l'État, les collectivités locales et leurs établissements administratifs.

Elle vaut pour une durée de douze mois à compter de la date d'effet du contrat de travail. Elle s'applique aux gains et rémunérations versés aux salariés au titre desquels l'employeur est soumis à l'obligation de cotiser à l'assurance chômage et dont le contrat de travail est à durée indéterminée ou a été conclu pour une durée d'au moins douze mois afin de faire face à un accroissement temporaire d'activité. Le salarié doit être employé exclusivement dans un établissement de l'entreprise situé dans une ZRR.

Le bénéfice de l'exonération ne peut être cumulé, pour l'emploi d'un même salarié, avec celui d'une aide de l'État à l'emploi ou d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales de sécurité sociale ou l'application de taux spécifiques, d'assiettes ou montants forfaitaires de cotisations.

Enfin, toute entreprise qui cesse volontairement son activité en ZRR en la délocalisant dans un autre lieu, après avoir bénéficié d'une aide au titre des dispositions spécifiques intéressant ces territoires, moins de cinq ans après la perception de ces aides, est tenue de verser les sommes qu'elle n'a pas acquittées en vertu des exonérations qui lui ont été consenties (article 6 de la loi de 2005 relative au développement des territoires ruraux).

- *Une exonération spécifique pour les organismes d'intérêt général*

Prévue par les articles 15 et 16 de la loi de 2005 relative au développement des territoires ruraux, cette exonération bénéficie aux gains et rémunérations versés, dans la limite de 1,5 SMIC, aux salariés de droit privé ou de droit public employés dans les ZRR par des organismes d'intérêt général ayant leur siège social dans ces mêmes zones. Elle porte sur les cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales, des accidents du travail ainsi que du versement de transport et des contributions et cotisations au Fonds national d'aide au logement (FNAL).

Par « organisme d'intérêt général », il faut entendre les organismes ayant leur siège social en ZRR et habilités à recevoir des dons et versements ouvrant droit à la réduction d'impôt prévue au 1 de l'article 200 du code général des impôts :

- les œuvres ou organismes d'intérêt général, ou les fondations ou associations reconnues d'utilité publique, à condition que ces organismes présentent un caractère philanthropique, éducatif, scientifique, social, humanitaire, sportif, familial, culturel ou concourent à la mise en valeur du patrimoine artistique, notamment à travers les souscriptions ouvertes pour financer l'achat d'objets ou d'œuvres d'art destinés à rejoindre les collections d'un musée de France accessibles au public, à la défense de l'environnement naturel ou à la diffusion de la culture, de la langue et des connaissances scientifiques françaises ;

– les établissements d’enseignement supérieur ou d’enseignement artistique publics ou privés, à but non lucratif et agréés ;

– les organismes agréés dont l’objet exclusif est de verser des aides financières aux petites et moyennes entreprises permettant la réalisation d’investissements dans des immobilisations corporelles ou de leur fournir des prestations d’accompagnement en début d’activité ;

– les associations culturelles ou de bienfaisance autorisées à recevoir des dons et legs ainsi que les établissements publics des cultes reconnus d’Alsace-Moselle.

Comme pour l’exonération des nouvelles embauches par les entreprises, tout organisme qui cesse volontairement son activité en ZRR en la délocalisant dans un autre lieu, après avoir bénéficié d’une aide au titre des dispositions spécifiques intéressant ces territoires, moins de cinq ans après la perception de ces aides, est tenu de verser les sommes qu’il n’a pas acquittées en vertu des exonérations qui lui ont été consenties (article 6 de la loi de 2005 relative au développement des territoires ruraux).

Inspiré par le souci de transposer aux ZRR les incitations dont bénéficient les ZRU, alors même qu’on a vu que l’exonération des nouvelles embauches bénéficiait d’un régime identique dans ces deux types de zones, l’article 15 de la loi de 2005 résulte d’un amendement de M. Jean Lassalle, adopté en première lecture à l’Assemblée nationale le 22 janvier 2004, contre l’avis du ministre de l’agriculture, de l’alimentation, de la pêche et des affaires rurales – le dispositif est d’ailleurs entré dans le droit positif assorti d’un « gage » qui n’avait donc alors pas été levé mais qui n’en a pas moins ensuite été modifié par l’article 146 de la loi de finances pour 2006.

Le gouvernement avait fait valoir en vain que cette exonération était à la fois complexe et exorbitante du droit commun, s’appliquant en effet à l’ensemble des salariés des organismes concernés et non aux seules nouvelles embauches et qu’elle était en tout état de cause satisfaite, pour les bas et moyens salaires, par les mesures générales de réduction des cotisations patronales de sécurité sociale. Il soulignait en outre que les organismes concernés pouvaient par ailleurs bénéficier d’exonérations pour l’embauche de publics en difficulté.

Après retrait d’un amendement de suppression présenté par sa commission des finances, saisie pour avis, le Sénat a ensuite adopté conforme cet article additionnel, devenu l’article 15 de la loi de 2005.

En deuxième lecture à l’Assemblée nationale, le 7 octobre 2004, le secrétaire d’État à l’aménagement du territoire a déposé un amendement portant article additionnel, devenu l’article 16 de la loi de 2005, et visant à ce que le dispositif s’applique également aux assurances sociales agricoles.

3. La suppression de l'exonération bénéficiant aux organismes d'intérêt général implantés dans les zones de revitalisation rurale

Ce dispositif fait partie de ceux pour lesquels l'article 14 du présent projet de loi (*cf. infra*) propose la suppression de l'exonération de cotisations au titre des accidents du travail. Mais le présent article va beaucoup plus loin, tendant à abroger les articles 15 et 16 de la loi de 2005, c'est-à-dire à supprimer l'exonération spécifique qui avait alors été introduite en faveur des organismes d'intérêt général.

De fait, même si le rapporteur ne peut qu'approuver l'intention de ces mesures faisant partie d'une loi qu'il a votée, en son temps, avec enthousiasme, force est de constater que leur suppression se justifie désormais à de nombreux égards.

- *Un dispositif exorbitant du droit commun*

La comparaison avec l'exonération de droit commun dont bénéficient les entreprises en ZRR (et en ZRU) est édifiante. En effet, le dispositif instauré par la loi de 2005 :

- bénéficie à l'ensemble des salariés, et non pas aux nouvelles embauches ;

- consiste en une franchise de cotisations quel que soit le niveau de salaire, et non pas limitée à 1,5 SMIC, et s'applique donc, *a fortiori*, sans dégressivité en fonction de la rémunération ;

- n'est assorti d'aucune condition de durée, alors que pour les autres employeurs en ZRR, elle est limitée à un an ;

- est cumulable avec d'autres aides, sauf interdictions prévues par les textes qui les instituent.

- *Un dispositif qui n'a pas atteint ses objectifs*

Le vote de ces mesures avait pour objectifs d'aider les associations en milieu rural et de favoriser l'embauche de travailleurs sociaux. En fait, ce sont surtout les hôpitaux et les maisons de retraite qui en bénéficient, alors même qu'ils ont vocation à être financés par l'assurance maladie ou les conseils généraux. Selon les données communiquées par le gouvernement, les principaux bénéficiaires sont ainsi les hôpitaux ruraux, les maisons d'accueil pour handicapés et les maisons de retraites, qui ont représenté, en 2006, 50 % des effectifs et 63 % du montant des cotisations exonérées.

En outre, elles ne bénéficient pas au personnel sous statut des établissements concernés (personnel soignant des structures médicalisées, personnel enseignant, ...) et sont susceptibles de créer des distorsions de concurrence entre différents intervenants dans un même secteur.

Enfin, les organismes concernés décident de leur implantation en fonction de considérations d'intérêt général, et non de cette exonération. Ainsi, pour les hôpitaux, le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) prévoit l'implantation, tandis que pour les maisons de retraite, le département signe la convention de financement.

À la fin de 2006, les organismes bénéficiant du dispositif employaient 56 000 salariés contre 53 000 à la fin de 2004. Cette augmentation nette des effectifs a porté sur les hôpitaux (+ 900), les structures d'accueil pour personnes âgées (+ 800), les structures pour enfants et adultes handicapés (+ 500) et les structures d'aide à domicile et autres services d'action sociale (+ 500). Mais plus de la moitié des emplois dans ces établissements ne sont pas éligibles à l'aide, car il s'agit d'emplois sous statut. Dès lors, l'impact direct de cette mesure est nécessairement inférieur à 3 000 emplois, même si l'on considère qu'elle a pu entraîner une partie des créations d'emplois sous statut.

Le coût de ce dispositif est donc supérieur à 40 000 euros par emploi créé et avoisine même sans doute 60 000 euros.

- *Un dispositif dont la suppression portera peu atteinte aux bénéficiaires*

Les organismes qui ne bénéficieront plus de cette exonération très spécifique pourront en effet basculer vers les allègements de droit commun sur les bas salaires.

La suppression de cette mesure est partiellement compensée pour les organismes qui pourront bénéficier des exonérations générales, à savoir la plupart d'entre eux, à l'exception des hôpitaux, dont le financement public peut être assuré dans d'autres conditions. Le bénéfice des exonérations générales s'élève en moyenne à 1 700 euros par an pour les salariés rémunérés en dessous de 1,6 SMIC, soit les deux tiers environ des salariés des secteurs d'activité concernés.

- *Un dispositif qui a un coût élevé pour les finances publiques*

Le dispositif devrait porter sur environ 25 000 salariés en 2008. Il exerce un effet d'aubaine considérable, puisqu'il conduit à diminuer le coût pour l'employeur de 6 000 euros par an en moyenne, sans aucune obligation de créer des emplois. Est ainsi intégralement couvert le coût d'un emploi au SMIC sur trois, alors que n'ayant pas été restreint aux nouvelles embauches, l'exonération bénéficie pour l'essentiel à des emplois déjà existants.

Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier confirme que l'ensemble des mesures en faveur de l'emploi dans certaines zones géographiques progresse de façon très dynamique (+ 22 % en 2007) : cette évolution serait notamment liée « à la mesure ouvrant le bénéfice de l'exonération ZRR aux associations et aux organismes d'intérêt général, mise en œuvre en mai 2006 et qui continue de produire ses effets en 2007, notamment en raison d'un nombre important de régularisations au titre de l'année 2006 ».

L'annexe 5 au présent projet de loi de financement donne une estimation de 87 millions d'euros pour 2006. En réalité, au seul titre du régime général, plus de 125 millions d'euros de cotisations ont été exonérés, dont la moitié dans cinq départements. L'annexe 5 donne un coût prévisionnel très largement supérieur pour 2007 (230 millions d'euros). Selon les indications fournies par le gouvernement à l'appui du présent article, le coût de ces mesures atteindrait 185 millions d'euros en 2008.

Cette exonération est compensée par l'État, mais le projet annuel de performances « Pêche, agriculture, forêt et affaires rurales » (programme 154 « Gestion durable de l'agriculture, de la pêche et du développement durable ») associé au projet de loi de finances pour 2007 n'a prévu que 5 millions d'euros à ce titre...

L'article 2 de la loi de 2005 prévoit que « *le dispositif des zones de revitalisation rurale fait l'objet d'une évaluation au plus tard en 2009* ». Le rapporteur estime qu'il convient de mettre fin dès maintenant à ce dispositif dérogatoire, en prévoyant au besoin les adaptations et les transitions nécessaires.

*

La commission a examiné trois amendements de suppression de l'article 12 présentés respectivement par M. Alain Marc, M. Jean-Marie Le Guen et M. Jean-Luc Prével.

M. Alain Marc a rappelé que l'article 12 supprime le dispositif d'exonération de charges sociales institué au profit des organismes d'intérêt général ayant leur siège dans une zone de revitalisation rurale (ZRR). Cette exonération bénéficie pourtant à de nombreux organismes dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Sa suppression aura des conséquences graves sur leur budget prévisionnel, alors qu'ils ont mis en place une stratégie d'embauche en fonction de ce dispositif.

M. Christian Paul s'est étonné de ce qui ressemble à une offensive en règle contre la ruralité, en particulier dans les domaines social et sanitaire : non seulement les hôpitaux de proximité sont fermés les uns après les autres, mais en plus, avec la mesure proposée, des dizaines, voire des centaines d'associations vont être en difficulté. C'est une remise en cause inéquitable d'une politique de soutien aux mouvements associatifs d'intérêt général.

Mme Catherine Génisson a relevé une contradiction entre l'article 12 du projet de loi de financement de la sécurité sociale et la volonté affichée d'insérer des médecins dans le monde rural. Elle a rappelé avoir conduit avec M. Georges Colombier une mission d'information sur la question. Le dispositif que l'article 12 supprime a le mérite d'être permanent, alors que la plupart des autres mesures mises en œuvre sont expérimentales.

Le président Pierre Méhaignerie a rappelé le principe de responsabilité auquel la commission doit s'attacher. Il faut tout de même regarder le détail de l'exonération que l'article 12 propose de supprimer : elle est sans limite de durée, à la différence du dispositif similaire destiné aux entreprises ; elle n'est pas dégressive ; elle est applicable sans limite de salaires. L'exonération, qui n'est pas encore montée complètement en puissance, coûterait cette année 185 millions d'euros, avec un coût moyen de 6 000 euros par salarié concerné. Il est nécessaire, non de supprimer ce dispositif, mais d'y mettre des limites et de le rapprocher des règles communément appliquées en matière d'exonérations de charges sociales.

M. Jean-Luc Prél a souligné que le présent article 12 va à l'encontre de la politique de revitalisation rurale que tous déclarent souhaiter. Si l'exonération de charges sociales en ZRR a un coût élevé, cela prouve qu'elle a un impact et qu'elle sert à quelque chose.

M. Alain Marc a estimé qu'il est nécessaire de réfléchir à un mécanisme d'exonérations dégressives pour les années à venir.

M. Vincent Descœur a souligné que, dans un département tel que le Cantal, l'exonération spécifique aux ZRR est très importante car elle crée de nombreux emplois.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a souhaité mettre les chiffres sur la table. Si l'on regarde d'abord les créations d'emplois, on constate que l'on est passé de 53 000 emplois en 2004 à 56 000 en 2006 dans le champ du dispositif ; les créations nettes d'emplois sont donc limitées et l'exonération profite surtout aux emplois en place. Or le coût est élevé : 125 millions d'euros en 2006, 185 en 2007 ; cela représente par emploi créé un coût d'environ 40 000 euros. On ne peut pas toujours vouloir réduire les déficits, comme le désire ardemment le groupe Nouveau Centre, et s'opposer aux mesures d'économies.

Des contacts ont été pris avec le gouvernement afin de trouver une solution qui éviterait le tout ou rien. À l'origine, le dispositif a été établi afin de favoriser les petites associations, pas les institutions publiques qui en profitent indûment. Ce dispositif est également particulièrement discriminatoire, car il n'a pas d'analogue dans les zones de redynamisation urbaine (ZRU). Il faut donc le faire évoluer progressivement pour mettre fin à sa dérive. Pour l'heure, il convient de conserver l'article 12 du projet de loi.

Mme Marisol Touraine, approuvée par **Mme Martine Billard**, a indiqué que le groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche (SRC) maintient son amendement : certes, le dispositif existant doit être aménagé, mais pas supprimé complètement comme le projet de loi le propose. Quant aux abus qui seraient dus à certaines institutions publiques, il est tout de même peu probable que beaucoup de conseils généraux aient leur siège dans une ZRR.

M. Claude Leteurre a observé que les organismes qui s'implantent en ZRR le font dans un contexte difficile ; ils étudient soigneusement leurs dossiers en prenant en compte les règles fiscales et sociales. Il serait profondément injuste de remettre en cause le droit en vigueur.

M. Benoist Apparu a considéré que la position du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général est équilibrée : le dispositif en vigueur doit évoluer, en particulier pour prendre en compte les créations d'emplois et non pas tous les emplois existants.

M. Vincent Descœur a estimé qu'avec cette disposition le gouvernement reprend sa parole. Certes, l'exonération existante introduit une discrimination positive au profit des territoires ruraux, mais cette discrimination est pleinement justifiée.

Le président Pierre Méhaignerie s'est déclaré favorable à la discrimination positive, mais a considéré qu'en l'espèce elle est excessive.

M. Philippe Boënnec a rappelé la situation des comptes sociaux et l'importance des mesures d'exonération de charges sociales telles que les a décrites le dernier rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale ; il serait bon de disposer d'un bilan de ces mesures. En tout état de cause, on ne fait pas une politique d'aménagement du territoire avec ce seul instrument.

Le président Pierre Méhaignerie a indiqué que le coût total des exonérations de charges s'élève à 35 milliards d'euros.

M. Marc Bernier a déclaré soutenir les amendements de suppression et savoir que nombre de ses collègues du groupe de l'Union pour un mouvement populaire (UMP) sont sur la même ligne. Il y a eu des engagements, il y a eu des propositions faites dans le cadre de rapports d'information ; dans ce contexte, une suppression brutale de l'exonération est inacceptable. Il serait souhaitable de constituer un groupe de travail au sein de la commission.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé qu'une telle mesure brutale, qui traduit une logique comptable et technocratique, rend compte de la nouvelle organisation gouvernementale avec la présence d'un « *ministre des comptes* ». Il faut naturellement supprimer l'article 12, dans l'attente d'une position plus ouverte du gouvernement qui permettrait de trouver une solution raisonnable.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, s'est engagé à proposer une solution lors de la réunion que la commission tiendra en application de l'article 88 du Règlement.

Après que **le président Pierre Méhaignerie** a annoncé qu'il susciterait un groupe de travail sur la question, la commission a *adopté* les amendements de suppression.

La commission a donc *supprimé* l'article 12.

Article 13

Expérimentation relative à la création de cotisations forfaitaires de sécurité sociale pour les petites activités dans les quartiers défavorisés

Le présent article vise à favoriser l'intégration sociale et professionnelle de populations exerçant de petites activités économiques et pour lesquelles le formalisme d'une mise à son compte représente une barrière actuellement difficile à franchir.

En effet, les personnes exerçant une activité indépendante sont en principe soumises au régime de protection sociale des travailleurs non salariés des professions non agricoles (Régime social des indépendants – RSI) : articles L. 613-1 du code de la sécurité sociale pour la maladie/maternité, L. 621-1 pour la vieillesse et L. 241-6 pour la famille. Leur activité est déclarée auprès du centre de formalités des entreprises (registre du commerce et des sociétés, répertoire des métiers, ...).

Cela étant, les personnes et les activités visées par le présent article restent parfois en marge du système. La complexité et la lourdeur des formalités administratives sont sans doute en cause, le taux d'illettrisme atteignant 28 % (contre 12 % en moyenne nationale) dans les quartiers où cette expérience pourrait être menée, tandis que les revenus en question sont trop faibles pour constituer une assiette permettant de bénéficier pleinement de la protection sociale.

En effet, par le jeu des forfaits minima, un travailleur indépendant dont le chiffre d'affaires annuel est de 4 000 euros doit en principe s'acquitter de 1 380 euros de cotisations et contributions de sécurité sociale s'il ne bénéficie pas du régime micro-social ou même de 560 euros s'il en bénéficie. L'affiliation au RSI ne peut actuellement donner lieu à cotisations forfaitaires et il n'a pas paru souhaitable, en accord avec les instances de ce régime, de créer un tel système, qui remettrait en cause le mécanisme de cotisations minimales en matière d'assurances maladie et vieillesse, corrigé, pour les débuts d'activité, par le dispositif « micro-social » de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

Au demeurant, les personnes concernées relèvent actuellement pour la plupart du régime général, notamment comme ayants droit de salariés ou comme bénéficiaires de la CMU. Il s'agit donc des les affilier au régime général, pour une durée donnée, et d'agréer des associations qui les aideront à remplir les formalités administratives et déclaratives et leur apporteront un accompagnement vers la création d'entreprise par une éducation financière et administrative. Cette mesure vise en outre à développer l'emploi et à diminuer le travail dissimulé.

Cela étant, le présent article propose ainsi une double dérogation : les activités visées ne donneront pas lieu à l'affiliation au RSI ; le régime général couvrira des personnes qui ne sont pas salariées.

Le I assimile aux personnes affiliées obligatoirement aux assurances sociales en application de l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale les

personnes exerçant une activité économique réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre en charge de la sécurité sociale. Le rapporteur souhaite simplement clarifier la rédaction proposée, la notion d'obligation lui paraissant quelque peu ambiguë, en précisant simplement que les personnes concernées bénéficient d'une affiliation au titre de l'article L. 311-2.

La définition particulièrement vague des personnes et activités visées par cette affiliation dérogatoire justifie le **II**, qui prévoit qu'un décret déterminera « *notamment* » la liste des activités éligibles, la durée maximale de bénéfice de l'affiliation au régime général, les conditions d'agrément et de rémunération des associations ainsi que « *le seuil des revenus, tirés de l'activité visée, en deçà duquel le bénéfice du dispositif est possible* ». La formulation proposée pour le contenu de ce décret mérite toutefois d'être améliorée, justifiant de la part du rapporteur la présentation d'un amendement rédactionnel.

S'agissant d'un décret simple, sa publication pourrait intervenir dans un délai assez rapide, le gouvernement considérant comme « *raisonnable* », compte tenu de la nécessité d'agréer les associations, la date du 1^{er} avril 2008.

Sur le fond, selon les informations communiquées par le gouvernement au rapporteur, le montant du chiffre d'affaires en deçà duquel le dispositif s'applique sera fixé en référence au seuil de non-assujettissement à la CSG et la CRDS, soit 4 489 euros par an. Les cotisations présenteront un caractère forfaitaire et pourront donc être fixées par arrêté ministériel en application des articles L. 241-2 (maladie), L. 241-3 (vieillesse), L. 241-5 (accidents du travail) et L. 241-6 (famille) du code de la sécurité sociale.

Elles ne se traduiront pas par une perte de recettes pour la sécurité sociale, dans la mesure où les activités éligibles – celles mentionnées dans l'exposé des motifs tiennent de l'inventaire à la Prévert (« *petit commerce local, import-export de produits d'origine africaine, plats préparés à la maison et vendus dans le voisinage, couture, ...* ») – ne sont aujourd'hui pas déclarées et ne donnent lieu à aucune cotisation. De ce fait, la présente mesure ne devrait donc pas faire concurrence au statut de travailleur indépendant : celui-ci bénéficie déjà d'une bonne insertion sociale, d'une immatriculation et d'une activité qui lui procure des revenus d'un autre ordre que les personnes auxquelles le présent article est destiné, pour lesquelles le formalisme d'une installation constitue une barrière actuellement difficile à franchir.

Le bénéfice que peut escompter le régime général de cette mesure sera sans doute symbolique, l'annexe 9B au présent projet de loi ne prévoyant d'ailleurs aucune recette supplémentaire à ce titre en 2008.

D'une part, si le nombre de bénéficiaires potentiels est difficile à évaluer, car il s'agit actuellement de personnes non déclarées, par définition malaisément identifiables, il devrait toutefois être peu important. Considérant l'expérience du

microcrédit, le gouvernement estime que moins de 1 % de la population active pourrait être concernée, du fait de son niveau de revenu et de son absence d'accès au crédit bancaire classique. Il se fixe un objectif de l'ordre de 1 000 à 2 000 bénéficiaires par an pour chacune des deux ou trois associations agréées qui pourraient manifester leur intérêt pour ces actions. Il disposerait ainsi d'un échantillon représentatif lui permettant de tester la pérennité économique des activités concernées.

D'autre part, le montant des cotisations forfaitaires sera également peu élevé. Il semble en outre que seules les associations travaillant dans certains secteurs (caritatif, action sociale, insertion, aide à la création d'activité), ayant une bonne connaissance du public visé par ce dispositif – Association pour le droit à l'initiative économique (ADIE), associations pour les gens du voyage ou associations locales de femmes – soient susceptibles de jouer le rôle qui leur y est dévolu.

Elles devront répondre à des exigences d'ancienneté, de dimension ainsi que d'implantation sur le territoire et présenter une situation financière saine et à jour du paiement des cotisations de sécurité sociale. Leur mission sera d'offrir un accompagnement administratif et financier vers le statut de travailleur indépendant au travers de différentes actions, collectives ou individuelles (aide pour remplir les formalités administratives et déclaratives, formation financière et administrative pour la tenue de comptabilité, relations avec les fournisseurs et les banques, ...). Elles joueront ainsi en quelque sorte le rôle de centres de gestion agréés pour un niveau très élémentaire de gestion administrative et financière.

Enfin, la durée maximale de cette affiliation dérogatoire serait fixée à cinq ans, délai à l'issue duquel les entreprises qui se seront développées pendant cette période pourront rejoindre le dispositif normal applicable aux travailleurs indépendants, le cas échéant grâce à un micro-crédit, tandis que les personnes concernées auront vocation à être affiliées au Régime social des indépendants. Entre-temps, les bénéficiaires pourront valider des droits que ce soit en matière de retraite ou de maladie, selon leurs revenus, soit au titre de la CMU, soit directement au sein du régime général. En revanche, ils ne devraient pas disposer d'une couverture au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, de même que les travailleurs indépendants qu'ils ont vocation à rejoindre.

Le dispositif n'est pas codifié, alors même que les articles L. 311-3, L. 311-6 et L. 311-7 du code de la sécurité sociale prévoient de nombreuses affiliations fondées sur d'autres critères que celui de l'article L. 311-2, depuis les présidents-directeurs et directeurs généraux des sociétés anonymes jusqu'aux ouvreuses de théâtre, en passant par les conjoints des travailleurs non salariés participant effectivement, à titre professionnel et habituel, à l'entreprise ou à l'activité de leur époux.

Cette absence de codification peut toutefois se justifier par le caractère non pérenne du dispositif, qui pourra être codifié, le cas échéant, dans un second

temps. Le **III** du présent article prévoit en effet son application jusqu'au 1^{er} janvier 2013, lui conférant ainsi un caractère expérimental, le déploiement devant se faire progressivement en Ile-de-France puis dans les métropoles régionales. La date du 1^{er} janvier apparaissant assez incongrue pour marquer la fin d'un dispositif, votre rapporteur suggère donc que son échéance soit fixée au 31 décembre 2012.

Selon les informations communiquées par le gouvernement au rapporteur, cette mesure donnera lieu à une évaluation par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, sous le contrôle de la direction de la sécurité sociale, notamment en termes de coût et d'intégration des personnes concernées, dans les six mois précédant la fin de l'expérimentation.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article de Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard a qualifié cet article et son exposé des motifs d'assez surprenants. Lors de la présentation du projet de loi devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, un ministre avait quasiment qualifié de rédactionnel ce dispositif d'affiliation spécifique de certains travailleurs au régime général de la sécurité sociale. Or les activités auxquelles il s'applique sont décrites de la façon suivante dans l'exposé des motifs : « *petit commerce local, import-export de produits d'origine africaine, plats préparés à la maison et vendus dans le voisinage, couture...* ». Une telle énumération mériterait à elle seule un prix et montre qu'il ne s'agit pas d'un sujet anodin.

Sur le fond, il semble être question d'attribuer une affiliation au régime d'assurance maladie à des personnes exerçant une activité pendant une durée insuffisante pour pouvoir en principe bénéficier des droits à ce régime, mais aussi à ceux de la couverture maladie universelle (CMU) ou de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Autrement dit, c'est une forme de nouveau « sous-régime » au sein de l'assurance-maladie qui est ainsi créé, et dont les modalités devront être précisées par décret : durée d'affiliation requise, liste des activités éligibles, conditions d'agrément, *etc.* Tout cela est générateur de fortes inquiétudes : y a-t-il avènement d'un « sous-régime » pour les travailleurs à temps partiel ? En tout état de cause, cela ressemble fort à une remise en cause du système général d'assurance maladie existant.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, a expliqué que cet article vise un secteur économique « souterrain », au sein duquel les travailleurs ne bénéficient notamment ni des conventions sociales diverses, ni de droits à la retraite. Il s'agit aussi, pour l'ensemble de ces microactivités informelles, d'expérimenter un dispositif assurant l'accompagnement de ces travailleurs par les associations dont c'est le métier. C'est bien l'officialisation de ces activités informelles qui est recherchée. Ainsi, ces travailleurs bénéficieront

d'une couverture sociale complète, alors même qu'ils ne peuvent à l'évidence remplir les obligations de contribution de droit commun existant par ailleurs. Au terme de cinq années d'expérimentation sera établi un bilan du développement des entreprises concernées et celles-ci pourront, le cas échéant, regagner le giron du droit commun.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé que ces dispositions sont pour le moins curieuses : l'assurance maladie en France est, en effet, d'ores et déjà universelle. C'est donc qu'en l'espèce d'autres droits seraient concernés, notamment les droits à retraite ? Il est nécessaire d'avoir des réponses précises à ces questions.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a considéré que de deux choses l'une : soit on décide de ne rien faire et, compte tenu de la situation qui prévaut aujourd'hui, c'est un bien mauvais signal que l'on adresse à ces populations ; soit on décide d'appliquer à ces entreprises le statut ordinaire, solution peu attractive. L'expérimentation proposée par cet article permet de sortir de cette double impasse. Le dispositif offre aux personnes concernées un vrai statut, assorti d'un accompagnement effectif. L'objectif poursuivi n'est ni celui de l'assurance maladie, ni celui de la CMU. Le but est de contribuer à la poursuite de ces activités dans les meilleures conditions. Au demeurant, il est vrai que l'on peut être réservé sur certaines formulations de l'exposé des motifs.

Mme Catherine Génisson a renchéri en encourageant le gouvernement à modifier cet exposé des motifs. Par ailleurs, si les enjeux que recouvre cet article sont réels, il faudra être plus précis concernant les solutions envisagées.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que l'expérimentation est limitée à cinq ans et que sont concernés les revenus dans la limite d'un plafond annuel de 4 489 euros.

Mme Bérengère Poletti s'est interrogée sur l'attribution par le dispositif proposé d'une couverture au titre des accidents du travail.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a souligné que les travailleurs visés sont des indépendants. Encore une fois, ce dispositif apporte une réponse aux nombreuses questions qui concernent un environnement économique encore mal identifié.

M. Claude Leteurre a souligné également la nécessité de préciser le cadre juridique proposé. Il est vrai dans le même temps que les associations d'insertion éprouvent, dans un nombre non négligeable de cas, des difficultés budgétaires.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a répété que l'intention du gouvernement est très claire : il s'agit bien d'une expérimentation, applicable sous réserve du respect d'un plafond de revenus.

M. Dominique Tian s'est interrogé sur l'existence d'une étude d'impact. Combien de personnes seront concernées ? Plusieurs centaines ou plusieurs millions ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué ne pas disposer d'éléments précis sur ce point, l'obtention de l'information étant rendue par définition délicate s'agissant d'un mécanisme d'économie informelle.

Mme Martine Billard a rappelé que les associations d'insertion demandent de longue date de telles possibilités d'accompagnement et on les leur refuse depuis toujours. Comment ce dispositif répond-il à ces demandes ? Par ailleurs, quel financement est prévu ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a considéré qu'il faudra poser ces questions au gouvernement. Mais on ne peut omettre de citer les aides déjà apportées à ces associations par de nombreux départements ou régions. Sur le fond, la pérennisation de structures informelles est-elle vraiment une solution ?

Mme Valérie Rosso-Debord a énuméré un certain nombre d'interrogations qui viennent à l'esprit à la lecture de cet article : Quelles activités économiques seront prises en compte ? De quel type d'insertion parle-t-on ? Quelle quantité de travail est requise pour pouvoir bénéficier du nouveau régime ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a considéré l'exposé des motifs comme assez clair sur un certain nombre de points, en particulier le champ d'application du dispositif : les petites activités informelles. L'intérêt est que si, au fil de l'expérimentation, émergent une bonne qualité du service ou des talents particuliers, alors il sera possible de franchir une étape supplémentaire en favorisant l'accès des intéressés aux dispositifs spécifiques de création d'entreprise déjà existants.

Le président Pierre Méhaignerie a considéré qu'il serait effectivement opportun de demander un certain nombre d'explications complémentaires au gouvernement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Le président Pierre Méhaignerie a relevé le fort taux d'abstention sur ce vote en l'interprétant comme un signal adressé tant au rapporteur qu'au gouvernement.

La commission a ensuite *adopté* deux amendements de nature rédactionnelle présentés par le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian tendant à avancer de trois ans la date d'échéance de l'expérimentation telle qu'elle est proposée par cet article.

M. Dominique Tian a expliqué qu'ainsi dès l'année 2010, et non en 2013, sera réalisée une forme d'étude d'impact.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a objecté que ce choix lui paraît prématuré : il sera difficile d'assurer, avant la fin de 2008, l'opérationnalité sur le terrain de cette mesure. Aussi, la durée d'expérimentation de cinq ans est-elle bel et bien nécessaire.

M. Dominique Tian a fait remarquer que dans ce cas le Parlement se prononce sur une mesure applicable pour une durée assez longue sans en connaître les conséquences ni financières, ni organisationnelles, même si l'on peut pressentir qu'un million de personnes seraient concernées. Est-il besoin d'énumérer une nouvelle fois les questions d'ordre statutaire – qui sont ces travailleurs indépendants, par exemple – qui ne manqueront pas de se poser ?

M. Pierre Morange, cosignataire de l'amendement, a expliqué que l'objectif de celui-ci est d'apporter des éléments de réponse à la question du périmètre de l'expérimentation. Pour dire les choses de manière quelque peu triviale, il s'agit ainsi de « limiter la casse » en cas de dérapage budgétaire.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, exprimant un avis défavorable à l'adoption de l'amendement, a estimé qu'en tout état de cause, il aurait été préférable de viser une échéance au 31 décembre 2009 plutôt qu'au 1^{er} janvier 2010.

L'amendement, rectifié en ce sens, a été *adopté* par la commission, contrairement à l'avis exprimé par **le rapporteur**.

La commission a *adopté* l'article 13 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 13

Exonération de cotisations au régime local d'Alsace-Moselle

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, tendant à permettre au régime local d'Alsace-Lorraine de déterminer l'assiette des cotisations selon le droit commun mais en fixant des exonérations totales ou partielles selon un plafond déterminé chaque année en pourcentage du montant des revenus inclus dans cette assiette.

Article 14

Suppression des exonérations de cotisations accidents du travail – maladies professionnelles

Le présent article propose de mettre fin aux exonérations spécifiques de cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT-MP) bénéficiant à certaines entreprises.

Bien davantage que pour les autres branches, la logique assurancielle marque les modalités de calcul des cotisations dues au titre des AT-MP, qui établissent une corrélation entre le risque et les contributions à la charge (exclusive) des entreprises : en effet, assises sur les salaires (déplafonnés depuis 1991), ces cotisations sont calculées par établissement, en fonction de l'effectif global de l'entreprise. La prise en compte du coût des AT-MP distingue entre les entreprises de plus de deux cents salariés, où le taux de cotisation résulte pour chaque entreprise du rapport entre ce coût et la masse salariale, et les entreprises de moins de dix salariés, où un arrêté fixe des taux collectifs par référence aux risques moyens appréciés sur les trois dernières années connues, une tarification mixte étant appliquée aux entreprises de taille intermédiaire.

Chaque année, un décret fixe les règles déterminant le taux de la cotisation pour chaque catégorie de risques. La caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) classe ensuite les établissements dans ces différentes catégories en fonction de l'activité exercée et d'une nomenclature de risques ; elle fixe ensuite le taux de cotisation par établissement pour chaque catégorie de risques.

Les taux bruts résultant de ces calculs sont affectés de trois majorations fixées par la commission AT-MP de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et approuvées par arrêté : elles couvrent respectivement les accidents de trajet, les frais de rééducation professionnelle et les charges de gestion ainsi que les dépenses de compensation interrégimes. Des mécanismes de plafonnement de l'évolution des taux d'une année sur l'autre limitent les effets qu'elle pourrait avoir sur les entreprises ou sur la branche. Enfin, les infractions (*a priori*) ou la faute inexcusable (*a posteriori*) autorisent le prélèvement des cotisations complémentaires ou supplémentaires par les CRAM. *A contrario*, les efforts de prévention peuvent donner lieu à des ristournes ou à des avances.

On voit donc que l'une des finalités essentielles du système, dont l'équilibre financier est automatiquement assuré, consiste à responsabiliser les entreprises en les incitant à renforcer la prévention. Dès lors, la persistance d'exonérations spécifiques en la matière constitue une anomalie, à laquelle l'article 143 de la loi de finances pour 2007 a commencé à mettre fin, en supprimant, à compter du 1^{er} janvier 2007, l'exonération qui s'attachait jusqu'alors aux contrats d'apprentissage et de qualification.

Le présent article tend à la fois à supprimer, dans les dispositifs ciblés en vigueur, les exonérations de cotisations au titre des accidents du travail et à poser un principe de non-exonération de ces cotisations, en proscrivant les exonérations totales de cotisations patronales.

1. La suppression des exonérations existantes de cotisations d'accidents du travail

Le présent article propose de mettre fin, pour les cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2008 (**VII**), à l'exonération totale de cotisations sociales dont pouvaient bénéficier les employeurs dans les cas suivants :

– le **1° du I** pour les créations d'emplois dans les zones de redynamisation urbaine et les zones de revitalisation rurale (futur article L. 131-4-2 du code de la sécurité sociale) ;

– le **2°** et le **3° du I** au titre de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise (ACCRE) pour les douze premiers mois de leur nouvelle activité (articles L. 161-1-2 et L. 161-24 du code de la sécurité sociale) ;

– le **5° du I** au titre de la rémunération, directe ou par le biais d'une structure agréée, d'une aide à domicile destinée aux personnes âgées ou dépendantes ou d'un particulier les accueillant (article L. 241-10 du code de la sécurité sociale) et le **1° du IV** au titre de la rémunération d'une aide à domicile, employée par les associations ou entreprises habilitées, pour remplacer les salariés agricoles absents (article L. 741-27 du code rural) ;

– le **6° du I** au titre des activités exercées dans un but de réinsertion socioprofessionnelle par les personnes en difficulté accueillies dans les centres d'hébergement agréés au titre de l'aide sociale, tels les CHRS (article L. 241-12 du code de la sécurité sociale), et le **2° du IV** pour l'application de ce dispositif aux salariés agricoles (article L. 751-17 du code rural) ;

– le **7° du I** pour certains employeurs des départements d'outre-mer et de Saint-Pierre-et-Miquelon (article L. 752-3-1 du code de la sécurité sociale) ;

– le **1° du II** et le **1° du III** pour les embauches réalisées en contrat d'accompagnement dans l'emploi (article L. 322-4-7 et futur article L. 5134-31 du code du travail) ;

– le **2° du II** et le **2° du III** pour les embauches réalisées en contrat d'accès à l'emploi dans les départements d'outre-mer et à Saint-Pierre-et-Miquelon (article L. 832-2 et futur article L. 5522-18 du code du travail) ;

– le **3° du IV** pour les embauches sous contrat de travail à durée indéterminée du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2008 par les groupements d'employeurs agricoles (article L. 751-17-1 du code rural, par référence à l'article L. 741-15-1) et, au cours de la même période, pour les salariés dont le contrat de travail à durée déterminée a été transformé en contrat à durée indéterminée par les employeurs agricoles (article L. 751-17-2 du code rural, par référence à l'article L. 741-15-2) ;

– le **V** au titre des salariés employés par un établissement implanté en zone franche urbaine (article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville), des salariés des organismes d'intérêt général ayant leur siège en zone de revitalisation rurale (articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux) et des salariés employés par un établissement d'une entreprise exerçant une activité industrielle, commerciale ou artisanale qui s'implante entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2011 dans un bassin d'emploi à redynamiser (article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006) ;

– le **VI** au titre des salariés des jeunes entreprises innovantes (« start-up ») de moins de 250 salariés créées avant le 31 décembre 2013 (article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004).

Bien entendu, pour chacun de ces dispositifs, les exonérations patronales sont maintenues au titre des branches autres que celle des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Le rapporteur présentera cependant plusieurs aménagements d'ordre technique, le projet de loi n'ayant pas tiré toutes les conséquences des modifications qu'il apporte aux textes en vigueur :

– au 3° du I, l'abrogation de l'article L. 161-24 du code de la sécurité sociale, alors que cet article est cité à l'article L. 161-27 du même code et qu'il convient, par souci de clarté, d'abroger la division (sous-section 5 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er}) dont l'article L. 161-24 constitue l'unique article ;

– au 3° du IV, l'abrogation des articles L. 751-17-1 et L. 751-17-2 du code rural, alors que ces articles sont respectivement cités aux articles L. 741-15-1 et L. 741-15-2 du même code.

Par ailleurs, le 1° du I omet de supprimer l'exonération pour les ZRR et ZRU dans l'article (L. 322-13) en vigueur du code du travail. Une disposition superfétatoire d'entrée en vigueur peut en outre être supprimée au III.

Enfin, le V fait référence aux articles 15 et 16 de la loi de 2005 relative au développement des territoires ruraux, alors que l'article 12 du présent projet les abroge. Il convient donc de supprimer la référence faite aux articles 15 et 16 par le V du présent article.

2. La proscription des exonérations totales de cotisations patronales

Le 4° du I complète la définition des cotisations patronales au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles (article L. 241-5 du code de la sécurité sociale) en posant le principe qu'elles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération. Même s'il s'interroge sur la portée effective de ce principe, qui doit au demeurant faire l'objet d'une précision d'ordre rédactionnel, le rapporteur approuve la logique d'ensemble de cet article. Il observe toutefois que :

– des exonérations totales de cotisations AT-MP demeureront, au titre des allègements ciblés, pour les arbitres et juges sportifs ainsi que pour les stagiaires ;

– les exonérations partielles de cotisations AT-MP liées aux allègements généraux (réduction générale jusqu'à 1,6 SMIC prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale et réduction applicable aux heures supplémentaires en application des articles L. 241-17 et L. 241-18 du même code, issus de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat) ne sont pas remises en cause.

En outre, s'il adhère à la nécessité de responsabiliser les entreprises dans ce domaine, le rapporteur souhaite que ce souci de responsabilisation soit partagé par l'ensemble des acteurs. Dans cet esprit, il convient de s'interroger sur la situation du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), dont les charges ont progressé de 10 % en 2006, et du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), qui ne bénéficient en effet que d'un versement de caractère forfaitaire de la branche AT-MP, de même que la branche maladie au titre de la compensation de la sous-déclaration.

*

La commission a *adopté* quatre amendements de précision rédactionnelle et un de coordination présentés par le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Puis elle a examiné un amendement de M. Dominique Tian visant à exclure les services d'aide à la personne de la suppression des exonérations de cotisations accidents du travail-maladies professionnelles.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a exprimé un avis défavorable, indiquant que l'amendement est contraire à l'objectif poursuivi par la mise en place de cotisations accidents du travail-maladies professionnelles, c'est-à-dire encourager les entreprises à promouvoir la santé et la sécurité au travail.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Puis la commission a *adopté* l'article 14 ainsi modifié.

Article 15

Aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés

Le présent article propose deux aménagements de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

Cette contribution est calculée, au taux de 0,13 %, sur le chiffre d'affaires des sociétés énumérées à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale. Les sociétés dont le chiffre d'affaires est inférieur à 760 000 euros n'y sont pas assujetties. Son produit – près de 4 milliards d'euros en 2007 – est affecté, au premier chef, au Régime social des indépendants (RSI, anciennement CANAM, ORGANIC et CANCAVA), qui en assure le recouvrement, au titre des assurances maladie et vieillesse, et, pour le reliquat, au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ou au Fonds de réserve des retraites (FRR) (article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale).

L'assiette de la C3S comprend les sociétés commerciales, certaines entreprises publiques et sociétés nationales, les groupements d'intérêt économique et les sociétés ou organismes du secteur coopératif. Deux récentes lois de financement de la sécurité sociale l'ont étendue :

– aux établissements et entreprises de crédit, aux entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, aux mutuelles et union mutuelles pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation ainsi qu'aux institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale ou par le code rural (9° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale résultant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005) ;

– à la totalité des filiales d'entreprises publiques et des sociétés d'économie mixte, aux personnes morales de droit public exerçant dans un cadre concurrentiel ainsi qu'aux groupements d'intérêt public (1°, 4° et 4°bis de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale résultant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006).

1. L'assujettissement des personnes morales de droit public exerçant dans un cadre concurrentiel

Jusqu'en 2006, le 4° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale prévoyait l'assujettissement à la C3S « *des entreprises publiques et sociétés nationales, quelle qu'en soit la nature juridique, soumises aux dispositions* » relatives à la participation des salariés « *ou dont la moitié du capital social est détenue, ensemble ou séparément, par l'État, par une ou plusieurs entreprises publiques ou par une ou plusieurs sociétés nationales* ».

L'article 19 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 entendait inclure dans l'assiette de la C3S l'ensemble des personnes morales de

droit public exerçant dans un cadre concurrentiel, notamment les établissements publics à caractère industriel et commercial, en faisant référence à leur assujettissement à la TVA en application de l'article 256 B du code général des impôts.

Cet article :

– exonère de TVA les personnes morales de droit public pour l'activité de leurs services administratifs, sociaux, éducatifs, culturels et sportifs lorsque leur non-assujettissement n'entraîne pas de distorsions de concurrence ;

– les assujettit en tout état de cause à la TVA pour un certain nombre d'opérations limitativement énumérées.

Dès lors, cette référence à l'article 256 B du code général des impôts ne permet pas de couvrir l'ensemble des organismes publics exerçant une activité concurrentielle. En effet, non seulement certains de ces organismes ne sont pas assujettis à la TVA, telle la Caisse des dépôts et consignations, mais certains d'entre eux sont assujettis à la TVA en vertu d'autres dispositions du code général des impôts. En outre, l'article 256 B ne vise que les activités d'intérêt général.

Le 1° du présent article supprime donc la référence à l'assujettissement à la TVA en application des dispositions de l'article 256 B du code général des impôts, permettant ainsi de rendre imposable à la C3S la totalité de l'activité concurrentielle des organismes publics. En effet, en l'absence d'autre précision, l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale s'applique, imposant aux assujettis d'indiquer annuellement au RSI le montant de leur chiffre d'affaires.

2. L'assujettissement des sociétés européennes

Adaptant le droit français au règlement n° 2157/2001/CE du 8 octobre 2001 relatif au statut de la société européenne et à la directive n° 2001/86/CE du 8 octobre 2001 concernant l'implantation des travailleurs, l'article 11 de la loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 pour la confiance et la modernisation de l'économie a créé un statut autonome de « société européenne » (articles L. 229-1 et suivants du code de commerce), distinct de celui de la société anonyme. Par ailleurs, le règlement (CE) n° 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne (« SEC ») a créé ledit statut.

Par souci de sécurité juridique, le 2° du présent article modifie donc l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale afin d'inclure explicitement les sociétés européennes et les sociétés coopératives européennes dans le périmètre de la C3S. Tirant les conséquences de cet ajout, le 3° complète la série de références auxquelles procède le troisième alinéa l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale.

*

La commission a *adopté* l'article 15 sans modification.

Après l'article 15

La commission a examiné trois amendements de Mme Jacqueline Fraysse tendant, pour le premier, à soumettre aux cotisations sociales l'avantage résultant de l'attribution gratuite d'actions, pour le deuxième, à modifier le mode de calcul du taux des cotisations sociales et, pour le troisième, à instituer une contribution additionnelle aux prélèvements sociaux.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* les amendements.

Article 16

Non-compensation de certaines mesures d'exonérations ou d'exclusion de l'assiette sociale

Le présent article propose d'écarter l'application du principe de compensation énoncé à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale pour cinq dispositifs ayant pour conséquence de diminuer les recettes de la sécurité sociale. En effet, en vertu du IV de l'article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale, « *seules les lois de financement de la sécurité sociale peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base* ».

1. Les cinq exceptions proposées au principe de compensation

Le **I** porte sur l'exonération des cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les arbitres et juges sportifs lorsque leur montant n'excède pas, pour une année civile, 14,5 % du plafond de la sécurité sociale (article L. 241-16 du code de la sécurité sociale). Le gouvernement justifie la non-compensation de ce dispositif, introduit dans le code de la sécurité sociale par l'article 3 de la loi n° 2006-1294 du 23 octobre 2006 portant diverses dispositions relatives aux arbitres, au motif qu'il reprendrait « *largement* » les avantages procurés par un dispositif antérieur à l'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, date à compter de laquelle toute nouvelle mesure de réduction ou d'exonération de cotisations devait être compensée.

Cependant, outre le fait que l'exonération dont bénéficiaient les arbitres et juges sportifs jusqu'en 2006 était issue d'un arrêté et d'une circulaire interministériels et non d'un texte législatif, le rapporteur constate qu'en l'absence de disposition législative prévoyant explicitement une autre date, l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, résultant d'une loi publiée le 27 juillet 1994, est entré en vigueur dans les conditions de droit commun, c'est-à-dire le 28 juillet 1994, l'arrêté et la circulaire susvisés étant quant à eux datés respectivement des 27 et 28 juillet 1994.

Au demeurant, l'annexe 5 au présent projet de loi de financement présente cette exonération comme une « mesure nouvelle 2007 » et l'évalue à 23 millions d'euros pour 2007 et à 35 millions d'euros pour 2008.

Enfin, l'exposé des motifs estime qu'un mécanisme de compensation « *serait par ailleurs extrêmement complexe et coûteux à mettre en place* ». Sur ce point, le rapporteur observe que le chiffrage ne devrait pas soulever de difficulté particulière, cette mesure d'exonération figurant d'ores et déjà dans la déclaration automatisée des données sociales (DADS).

Le **II** porte sur l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, sous certaines conditions et limites, de l'avantage résultant de l'attribution gratuite d'actions aux salariés et mandataires sociaux (articles L. 242-1 du code de la sécurité sociale pour les salariés affiliés au régime général et L. 741-10 du code rural pour les salariés agricoles, résultant de l'article 83 de la loi n° 2004-1484 de finances pour 2005, de l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et de l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007).

Alors qu'il considérait jusqu'alors que cette mesure devait être compensée, le gouvernement estime désormais que la non-compensation est justifiée par le caractère non salarial de ces attributions, qui présentent le caractère d'une rémunération différée compte tenu du délai de portage requis.

Le rapporteur relève au contraire que ce mécanisme se rattache aux nombreux autres dispositifs annexes de rémunération, dont le développement a été particulièrement dynamique au cours de ces dernières années, précisément parce que les entreprises y trouvent le moyen d'accorder des avantages salariaux non assujettis aux prélèvements sociaux. Au demeurant, le délai de portage, qui n'est que de deux ans, est encore plus bref que celui exigé pour les stock-options.

Compte tenu d'une application de la non-compensation au 1^{er} janvier 2007 et du délai de deux ans de détention prévu au I de l'article 80 *quaterdecies* du code général des impôts pour bénéficier de l'exonération, les effets ne se feraient sentir qu'en 2009. La perte de recettes atteindrait 33 millions d'euros pour 2008, mais la préférence des employeurs pour ce type de rémunération laisse craindre que les pertes de recettes ne s'accroissent au cours des années suivantes. En tout cas, année après année, le chiffrage de cette mesure d'exonération et, partant, sa compensation seront possibles, puisqu'elle est intégrée à la DADS.

Le **III** porte sur la perte de recettes résultant du transfert du régime général (ou agricole) au régime de la fonction publique effectué le 1^{er} septembre 2005 pour les maîtres et documentalistes liés à l'État par agrément (de statut de droit privé) ou par contrat (de statut de droit public) qui sont en activité dans les établissements d'enseignement privés sous contrat (articles L. 712-10-1 du code de la sécurité sociale pour les salariés affiliés au régime général et L. 722-24-1 du code rural pour l'enseignement agricole privé).

Résultant de l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, ce transfert vise à remédier à la lourdeur et à la complexité du dispositif antérieur : il a consisté à affilier ces personnels au régime d'assurance maladie des fonctionnaires. Ils relevaient jusqu'alors du régime général ou agricole pour la prise en charge du risque maladie tout en étant rémunérés par l'État et en bénéficiant des mêmes prestations que leurs homologues de l'enseignement public, en vertu du principe de parité énoncé à l'article L. 914-1 du code de l'éducation.

Ce dispositif soulevait de nombreuses difficultés pour la gestion des prestations versées en espèce, principalement les indemnités journalières (IJ). En cas d'arrêt de travail, les personnels concernés, affiliés au régime général, bénéficiaient en effet des IJ mais voyaient leur rémunération maintenue en application du principe de parité. L'État devait alors recouvrer les sommes correspondant aux IJ au moyen de retenues sur la rémunération des enseignants concernés.

C'est pourquoi il a été décidé de les rattacher au régime de prise en charge du risque maladie des fonctionnaires. Ils se voient ainsi appliquer les mêmes règles de couverture maladie-maternité-invalidité-décès que celles réservées aux fonctionnaires de l'État, y compris notamment un taux réduit de cotisations sociales. L'État prend en charge les prestations en espèces, tandis que les régimes demeurent compétents pour les prestations en nature.

Cette mesure s'apparente à un changement de périmètre davantage qu'à une exonération proprement dite. Elle était d'ailleurs chiffrée, l'année passée, non dans l'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale relative aux compensations mais dans son annexe 6 relative aux périmètres d'intervention respectifs de l'État, de la sécurité sociale et des collectivités locales, qui précisait que « *les modalités de la compensation [n'étaient] pas encore définies* ».

Une charge a ainsi été transférée à l'État, à savoir celle des prestations en espèces, mais pour un montant nettement inférieur à la perte de recettes pour la sécurité sociale. Il en résulte un coût pour la branche maladie qui correspond à la différence entre la perte de recettes brutes liées à l'assiette et au taux réduit de cotisations et contributions, d'une part, et la moindre charge pour les régimes liée à la couverture par l'État des prestations en espèces, d'autre part. Ce coût net est évalué à 140 millions d'euros en année pleine.

Au-delà, c'est toute la problématique de l'assiette des cotisations des employeurs publics qui est ainsi posée. Dans son rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes préconise en effet l'alignement des taux et des assiettes des cotisations patronales famille et maladie du secteur public sur ceux du régime général. Le rapporteur, qui a par ailleurs déposé un amendement portant article additionnel et visant à aligner l'assiette des prestations familiales de ces régimes, estime donc que le refus par l'État de compenser cette mesure, contrairement aux annonces effectuées l'année dernière,

constituerait un signal particulièrement négatif quant à la nécessité pour les pouvoirs publics de procéder à cet alignement.

Le **IV** porte sur l'exclusion de l'assiette des cotisations et contributions sociales dont bénéficient l'aide financière du comité d'entreprise et l'aide financière de l'entreprise versées en faveur des salariés dans le cadre des chèques emploi-service universels (CESU) préfinancés en vue d'aider au financement de services à la personne, de garde d'enfants ou d'assistance aux personnes dépendantes, dans la limite de 1 830 euros par an et par salarié (article L. 129-13 du code du travail, précisé par un décret n° 2005-1401 du 14 novembre 2005).

Évaluée à 17 millions d'euros pour 2006 puis à 25 millions d'euros pour 2007, la perte de recettes pour le régime général est estimée à 30 millions d'euros en 2008. L'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoyait explicitement la compensation de cette mesure. À l'appui de ce changement de position, le gouvernement invoque le fait que les sommes attribuées remplaceraient ou complèteraient le plus souvent les aides déjà versées par les comités d'entreprise au titre de leur action sociale et culturelle.

Ce raisonnement serait admissible à droit et à volume constants. Mais comme il ne peut être raisonnablement envisagé que le gouvernement ne soit pas le premier convaincu du succès potentiel de ce dispositif, le rapporteur observe que la montée en charge des nouvelles aides, résultant de la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, ne peut être tenue pour achevée. Dès lors, le maintien de la compensation apparaît au contraire souhaitable, d'autant qu'ici aussi, la DADS permet d'assurer son chiffrage.

Le **V** porte sur l'exclusion de l'assiette des cotisations sociales (mais pas de celle de la CSG/CRDS) au bénéfice des sommes allouées au titre du supplément d'intéressement, du supplément de réserve spéciale de participation et de l'intéressement de projet (articles L. 441-1 et L. 444-12 du code du travail), dispositifs introduits par l'article 2 de la loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié et portant diverses dispositions d'ordre économique et social.

Le gouvernement considère que la non-compensation se justifie au motif que l'article L. 441-4 du code du travail dispose que « *les sommes attribuées aux bénéficiaires en application de l'accord d'intéressement ou au titre du supplément d'intéressement [...] ne peuvent se substituer à aucun des éléments de rémunération [...] en vigueur dans l'entreprise ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales ou contractuelles* ».

Comme le contrôle de cette absence de substitution apparaît de nature bien théorique, le rapporteur se doit à nouveau attirer l'attention sur la dynamique de ces rémunérations annexes exemptées de charges sociales. Mme Isabelle Debré, rapporteure au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, faisait

d'ailleurs observer fort justement à l'occasion du processus d'adoption de la loi de 2006 : « *Le risque existe, en effet, que les URSSAF requalifient en salaire ces suppléments, dans la mesure où ils ne présentent pas le caractère aléatoire habituellement exigé en matière d'intéressement et de participation.* »

En outre, si le suivi de cette exonération, dont l'annexe 5 au projet de loi de financement ne chiffre pas les incidences, est sans doute complexe, eu égard à la nature des sommes en cause, celles-ci sont toutefois assujetties à la CSG/CRDS, ce qui devrait en permettre une mesure indirecte.

Enfin, le VI précise que ces cinq mesures de non-compensation sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007.

2. L'indispensable respect du principe de compensation

À l'issue de cet examen des différents dispositifs pour lesquels le gouvernement entend écarter l'application du principe de compensation, aucun des arguments avancés à l'appui des cinq exceptions proposées n'est réellement convaincant : antériorité contestable du dispositif d'exonération pour les arbitres sportifs ; caractère non salarial de certaines sommes qui, au contraire, devraient réintégrer l'assiette sociale suite aux recommandations de la Cour des comptes dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ; risque de développement de rémunérations annexes au salaire, échappant aux prélèvements sociaux. Même si ce n'était évidemment pas son intention, le présent article agit en fin de compte comme un révélateur remarquablement pédagogique des dysfonctionnements inhérents aux « niches sociales ».

En outre, le coût de ces mesures, tel qu'il est évalué par l'annexe 5 au présent projet de loi, n'est pas négligeable : en l'absence de chiffrage pour celle relative à l'intéressement, les quatre autres mesures se traduiraient par une perte de 235 millions d'euros, s'agissant de dispositifs dont la croissance actuelle ou attendue est particulièrement forte. Dès lors, ces non-compensations risquent de peser sur des finances sociales dont la situation est déjà précaire. Le rapporteur relève en outre que l'annexe 9B ne les intègre pas parmi les mesures affectant l'équilibre pour 2008, car le « tendanciel » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en retrace déjà, avec une étonnante prescience, les incidences.

Enfin, et surtout, le rapporteur perçoit un manque de cohérence dans la démarche du gouvernement.

La loi de financement de la sécurité sociale est certes désormais le seul lieu où le législateur peut décider de revenir sur la compensation d'une exonération ou d'une réduction, un apport de la loi organique de 2005 dont il convient de se féliciter.

Dans ce nouveau cadre juridique, le gouvernement a déjà été amené à proposer la non-compensation de trois mesures à l'occasion de l'examen de la

précédente loi de financement. Rapporteur au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, M. Pierre-Louis Fagniez avait alors exprimé une légitime insatisfaction, et la commission avait adopté la suppression de cet article du projet de loi. À l'issue du processus législatif, il est toutefois devenu l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Entre-temps, le nouveau gouvernement a décidé que l'État rembourserait intégralement ses arriérés de dettes accumulés à l'égard de la sécurité sociale à la fin de 2006, soit près de 5,1 milliards d'euros, dont les quatre cinquièmes au titre de la compensation d'exonérations. M. Eric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, pouvait ainsi déclarer, devant la Commission des comptes de la sécurité sociale, le 4 juillet 2007 : « *Nous devons fixer dans le budget de l'État le montant des compensations d'exonérations et de prestations servies pour le compte de l'État sur la base d'une analyse partagée avec le régime de sécurité sociale.* »

Alors que les relations État-sécurité sociale paraissaient enfin pouvoir repartir ainsi sur des bases constructives, le présent article viendrait presque immédiatement affaiblir la portée de cette annonce unanimement saluée et pourrait laisser accroire l'idée que le remboursement de la dette de l'État à l'égard du régime général, plutôt que de refonder les relations entre les deux entités, n'aurait eu en réalité pour finalité que d'éviter le dépassement du plafond d'avances de 28 milliards d'euros fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Le rapporteur estime donc qu'il serait extrêmement inopportun de donner un tel signal.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de cet article présenté par M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen a indiqué que le principe de non-compensation par l'État ne saurait être remis en cause eu égard au déficit constaté.

Mme Catherine Génisson a jugé étrange l'argument selon lequel l'État peut s'exonérer de cette compensation sous prétexte que les cotisations en jeu sont peu importantes.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen tendant à inscrire le principe selon lequel l'État compense toujours le montant des pertes de recettes liées aux allègements de cotisations sociales qu'il décide. Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 16 sans modification.

Article additionnel après l'article 16

**Conversion du repos compensateur de remplacement
en une majoration salariale**

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Méhaignerie autorisant, à titre expérimental, les salariés à bénéficier de la substitution de majorations salariales au repos compensateur de remplacement.

Mme Martine Billard, approuvée par **Mme Catherine Génisson**, **MM. Régis Juanico** et **Jean-Marie Le Guen**, a estimé que le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale est inapproprié pour modifier des accords contractuels de branche relatifs aux 35 heures, lesquels ne peuvent pas être remis en cause sans négociation.

Mme Conchita Lacuey a observé que le repos compensateur avait été institué pour tenir compte de la pénibilité de certains travaux.

Le président Pierre Méhaignerie a souligné qu'il s'agit d'une mesure expérimentale limitée à deux ans et que son application dans les entreprises reposera sur l'accord des salariés ; de fait, la possibilité de bénéficier du dispositif fiscal et social applicable grâce à la loi « TEPA » aux rémunérations des heures supplémentaires constitue une demande réelle tant de la part des salariés que des entreprises.

M. Jean-Marie Le Guen a indiqué que certaines entreprises ont profité de la loi sur les 35 heures pour négocier l'annualisation du temps de travail, et qu'elles en ont tiré des gains de productivité sur le dos des salariés ; ainsi, en encourageant la dérégulation, on instaure une hyperintensification du travail.

M. Pierre Morange a estimé que le dispositif s'insère dans la logique de l'annualisation, au même titre que d'autres dispositifs, tel le compte épargne-temps.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 16

**Limitation aux modalités de versement des prestations familiales de
l'habilitation permettant au gouvernement d'autoriser certains
organismes à les servir**

La commission a examiné un amendement du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général portant article additionnel et prévoyant que l'habilitation permettant au gouvernement d'autoriser certains organismes ou services à servir les prestations familiales aux salariés agricoles et aux personnels de l'État ne porte que sur les modalités de versement des prestations familiales et non sur les cotisations servant à les financer.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 17

Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales

En application du *c* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article porte approbation du « *montant de la compensation mentionnée à l'annexe prévue au 5° du III de l'article L.O. 111-4* ».

Cette annexe 5 énumère « l'ensemble des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations et contributions, présentant les mesures nouvelles introduites au cours de l'année précédente et de l'année en cours ainsi que celles envisagées pour l'année à venir et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu, les moyens permettant d'assurer la neutralité de cette compensation pour la trésorerie desdits régimes et organismes ainsi que l'état des créances ».

Par ailleurs, aux termes de l'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, le Gouvernement transmet au Parlement, tous les cinq ans avant le 15 octobre, un rapport présentant un état et une évaluation financière des dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales, dans le but de chiffrer les pertes de recettes pour l'Etat et la sécurité sociale résultant de ces dispositifs. En conséquence, le premier rapport remis dans ce cadre législatif, qui n'avait pas encore été transmis à la date de rédaction du présent rapport, devrait l'être à l'automne 2007.

Le montant approuvé au présent article correspond aux allègements ciblés compensés par des dotations budgétaires, en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, inscrites dans les différents programmes du projet de loi de finances pour 2008.

La loi de finances pour 2006 a profondément modifié les modalités de la compensation des mesures d'exonération de cotisations et de contributions sociales, établissant une distinction entre exonérations à vocation générale, financées par un « panier » de recettes fiscales affectées énumérées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, et allègements ciblés, compensés par des dotations du budget de l'État.

L'annexe 5 au présent projet de loi de financement recense, présente et évalue cinquante-trois dispositifs d'exonération de cotisations et contributions en vigueur ainsi que deux dispositifs en voie d'extinction, dont certains ne font pas l'objet d'une compensation.

Mesures d'exonération de cotisations et de contributions

(en millions d'euros)

	2007	2008
Exonérations à vocation générale	21 805	26 846
Allègements ciblés	4 066	3 045
Total mesures compensées	25 871	29 891
Mesures non compensées	2 808	2 465
Total des exonérations	28 679	32 356

Source : PLFSS 2008

La progression de 12,8 % des mesures d'exonération entre 2007 et 2008 tient à plusieurs phénomènes :

– principalement l'effet en année pleine de l'exonération des heures supplémentaires et complémentaires introduite par la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (+ 3,9 milliards d'euros), mais aussi la poursuite de la progression de la réduction générale des cotisations patronales (+ 1,2 milliard d'euros) ;

– la baisse des allègements ciblés compensés (– 1 milliard d'euros) et, à un degré moindre, des mesures non compensées (– 343 millions d'euros).

1. Les exonérations à vocation générale

Jusqu'à cette année, deux dispositifs d'importance très inégale étaient recensés :

– la réduction générale de cotisations patronales dite « Fillon », pour l'essentiel (22,7 milliards d'euros en 2008) ;

– l'exonération de cotisations d'allocations familiales sur les rémunérations des salariés non statutaires relevant de certains régimes spéciaux (principalement SNCF et RATP) et pour lesquels l'employeur est soumis à l'obligation d'assurance chômage, qui est le pendant, pour ces personnes morales, de la réduction générale de cotisations patronales (28 millions d'euros en 2008).

S'y ajoute depuis le 1^{er} octobre 2007 l'exonération des heures supplémentaires et complémentaires, pour un montant estimé à 273 millions d'euros en 2007, sur deux mois d'encaissements/décaissements et compte tenu de la faible part des cotisants mensuels par rapport aux cotisants trimestriels, mais à 4,1 milliards d'euros en 2008 (hors neutralisation des majorations des heures supplémentaires dans le calcul du taux de l'allègement général).

Dans le rapport présenté en septembre dernier à la Commission des comptes de la sécurité sociale, sur la base de 900 millions d'heures supplémentaires et de 130 millions d'heures complémentaires pour les salariés à

temps partiel, l'évaluation situe en effet à 5,1 milliards d'euros le coût du dispositif en année pleine (et, partant, à 1,3 milliards d'euros pour le dernier trimestre de 2007) : 3,1 milliards d'euros de réductions de cotisations salariales et 900 millions d'euros pour la déduction forfaitaire de cotisations patronales, auxquels s'ajoute 1 milliard d'euros pour la « neutralisation ».

Enfin, les effets résiduels des aides « Aubry I » et « de Robien » en matière de réduction du temps de travail ne se sont montés qu'à 6 millions d'euros en 2007.

Exonérations à vocation générale

(en millions d'euros)

	2007	2008
Réduction générale	21 500	22 693
Exonération d'allocations familiales	26	28
Exonération des heures supplémentaires	273	4 125
Total des exonérations à vocation générale	21 805	26 846

Source : PLFSS 2008

La progression globale de ces mesures serait donc forte (+ 23,1 %) en 2008, représentant une part toujours croissante au sein de l'ensemble des mesures compensées (89,8 %).

En 2006, le rendement du « panier » de recettes fiscales avait été sensiblement égal au montant des allègements généraux, l'écart ne s'étant élevé qu'à 4,9 millions d'euros, que l'État, conformément au principe de compensation « à l'euro l'euro » applicable à cet exercice, a inscrits dans son bilan de clôture.

En 2007, les exonérations à vocation générale connaissent une évolution dynamique (+ 11,9 %, soit 2,3 milliards d'euros), tenant principalement :

- au passage, au 1^{er} juillet, au taux maximum de la réduction (28,1 points) pour les entreprises de moins de vingt salariés (320 millions d'euros) ;

- aux effets liés au mode de calcul des heures rémunérées pour l'évaluation de ces allègements (+ 400 millions d'euros) ;

- à la régularisation au titre de 2006, consécutive à la mise en œuvre, notamment dans les entreprises d'intérim, des dispositions de l'article 14 de la loi de financement pour 2006 relatives à l'assiette de calcul de ces allègements (+ 400 millions d'euros), cet impact devant disparaître en 2008 compte tenu de la modification apportée par la loi « TEPA » au mode de calcul de la réduction générale ;

– au début de la mise en œuvre de l'exonération des heures supplémentaires et complémentaires (+ 273 millions d'euros).

Cela étant, le « panier fiscal » devrait avoir un rendement permettant de couvrir le coût de l'ensemble des allègements généraux ; en effet :

– le passage au taux maximum de la réduction pour les entreprises de moins de vingt salariés a fait l'objet, dès la loi de finances pour 2007, d'une affectation de 3,39 % du droit de consommation sur les tabacs ;

– les incidences de l'exonération des heures supplémentaires et complémentaires seront compensées par l'affectation de 22,38 % du produit de la taxe sur les véhicules des sociétés, à laquelle procédera la loi de finances rectificative pour 2007 ;

– déjà affecté à 95 % à la compensation des allègements généraux, le produit de la taxe sur les salaires sera intégralement versé à la sécurité sociale dès 2007, ainsi que le prévoira une disposition de la loi de finances rectificative ;

– de même, la loi de finances rectificative affectera à la compensation l'intégralité de la part du droit de consommation sur les tabacs dont devait bénéficier le budget de l'État (6,43 %, venant s'ajouter aux 3,39 % déjà prévus en loi de finances pour 2007).

Ces 850 millions d'euros de recettes supplémentaires pour les régimes obligatoires en 2007 ont d'ores et déjà été intégrés dans le « tendancier » associé au rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier.

Alors même qu'il n'existe plus pour l'État, à la différence de 2006, d'obligation de compenser « à l'euro l'euro » (hormis pour les heures supplémentaires), avec 21,9 milliards d'euros de rendement, l'ensemble de ces affectations, dont le tableau ci-dessous donne la décomposition détaillée, suffirait ainsi à compenser intégralement la prévision d'un total de 21,8 milliards d'euros d'allègements généraux pour 2007.

Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale observe toutefois que « *la prévision de rendement des droits sur les alcools établie par le ministère des finances repose sur l'hypothèse d'une hausse de la consommation en 2007, en rupture avec la tendance des dernières années, qui viendrait plus que compenser* » la perte de recettes résultant de ce que certains opérateurs ont acquitté treize mois de taxes en 2006 puis onze mois en 2007.

Il relève en outre que le rendement attendu du droit de consommation sur les tabacs, en légère baisse par rapport à 2006 (– 0,4 %), résulte d'une hypothèse de consommation (à prix inchangé) en faible diminution (– 0,8 %), tenant compte de l'impact du décret portant interdiction de fumer dans les lieux publics, mais

d'un effet positif de la hausse des prix de 6 % intervenue le 6 août dernier, nette de la baisse des volumes consommés qu'elle devrait entraîner (+ 0,4 %).

« *Panier fiscal* » affecté aux allègements généraux (après LFSS 2007, LFR 2007 et LFI 2008)

(en millions d'euros)

		2007	2008
Réduction « Fillon »	Taxe sur les salaires	10 442	10 929
	Droit de consommation sur les alcools	1 990	2 020
	Droit sur les bières et les boissons non alcoolisées	385	385
	Droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels	113	110
	Droit de consommation sur les produits intermédiaires	105	105
	Taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire	639	665
	Taxe sur les primes d'assurance automobile	982	975
	TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques	3 115	3 333
	TVA brute collectée par les fournisseurs de tabacs	3 041	2 960
	Droit de consommation sur les tabacs	809	939
	Droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs	–	300
Heures supplémentaires	Taxe sur les véhicules des sociétés	273	622
	Contribution sociale sur les bénéfices	–	1 405
	TVA brute sur les alcools	–	2 098
Total des exonérations à vocation générale		21 894	26 846

Source : PLFSS 2008

Le V de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale autorise de fait un écart de 2 % entre les recettes des impôts et taxes affectés et le montant constaté de la perte de recettes liée aux allègements généraux. C'est en effet seulement en cas d'écart supérieur à 2 % entre ces deux montants que le rapport que le gouvernement doit remettre en 2008 et en 2009 au Parlement sur cette question est transmis à une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes et comportant des parlementaires, des représentants des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget ainsi que des personnalités qualifiées, chargées de lui donner un avis sur les mesures d'ajustement requises pour combler cet écart ou, le cas échéant, par la modification du champ ou des modalités de calcul des allègements généraux.

Face à l'insuffisance avérée du « panier fiscal », que le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre évalue à 500 millions d'euros pour 2008 au titre des allègements généraux (hors heures supplémentaires), le gouvernement a cependant pris les devants dès cet automne, complétant la composition du « panier fiscal » pour 2008 afin de tirer les conséquences de l'évolution prévisionnelle des allègements généraux, et notamment de la montée en charge du nouveau dispositif relatif aux heures supplémentaires et complémentaires.

D'une part, l'article 28 du projet de loi de finances pour 2008 élargit les ressources destinées à compenser la réduction de cotisations sociales dont bénéficient ces heures de travail :

– la fraction de la taxe sur les véhicules des sociétés est portée de 22,38 % à 50,57 % (622 millions d'euros) ;

– la contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés (« contribution sociale sur les bénéficiaires »), soit 1 405 millions d'euros, dont l'article 45 de la loi de finances pour 2007 avait affecté le produit, dans la limite de 995 millions d'euros, à l'Agence nationale de la recherche pour 86,4 % et à l'établissement public OSEO (soutien aux PME) pour 13,6 %, et, pour le reliquat éventuel, au budget général de l'État ;

– la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées (2 098 millions d'euros).

D'autre part, l'article 29 du projet de loi de finances complète le « panier de recettes » affecté aux allègements généraux, en compensant l'effet de la majoration des heures supplémentaires sur ces allègements, estimé à 1 milliard d'euros, ainsi que leur augmentation prévisionnelle, évaluée à 500 millions d'euros.

À cette fin, la répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs (9,1 milliards d'euros en 2008) est modifiée comme suit :

– 88,49 % ne changent pas d'affectation (52,36 % pour le FFIPSA, 30 % pour la CNAM, 4,34 % pour le Fonds de financement de la protection maladie complémentaire de la CMU, 1,48 % pour le FNAL et 0,31 % pour le FCAATA) ;

– la part bénéficiant au « panier de recettes » passe de 3,39 % à 10,26 %, pour un montant total estimé à 939 millions d'euros en 2008 ;

– en revanche, les 1,69 % affectés au régime général au titre des frais financiers induits par les sommes restant dues par l'État sont supprimés ;

– les 6,43 % affectés au budget général, dont 114 millions d'euros pour le fonds unique de péréquation (financement du congé individuel de formation), sont supprimés, le fonds en question étant désormais directement attributaire de 1,25 % du produit.

En outre, les aménagements suivants contribueront également à élargir le « panier de recettes », qui recevra désormais :

– la totalité de la taxe sur les salaires (contre 95 % jusqu'alors), pour un produit global de 10,9 milliards d'euros (dont 600 millions d'euros au titre des 5 % supplémentaires) ;

– le droit de licence sur la rémunération des débiteurs de tabacs (300 millions d’euros).

2. Les allègements ciblés

Au côté des impôts et taxes affectés, qui représenteront en 2008 plus de 27 % des produits nets des régimes obligatoires de base, la compensation traduit également, quoique de manière plus indirecte et pour un montant nettement moins élevé, la fiscalisation du financement de la protection sociale. Les précédentes années ont été marquées par un bouleversement dans la prise en charge de la compensation, l’introduction du « panier » de taxes affectées ayant considérablement diminué le volume de la compensation par des dotations budgétaires.

En 2006, le budget de l’État a consacré 2,4 milliards d’euros, en exécution, à la compensation, laissant toutefois près d’1 milliard d’euros à la charge des régimes de sécurité sociale : 640 millions d’euros de crédits non exécutés et 140 millions d’euros non versés, mais aussi une évolution plus rapide de certains dispositifs au regard des prévisions initiales, notamment en faveur des contrats d’apprentissage, de professionnalisation et de qualification ainsi que des DOM.

L’article 32 de la loi de financement pour 2007 a approuvé un montant de compensation de 2,9 milliards d’euros, mais l’annexe 5 au présent projet de loi évalue désormais à 4 milliards d’euros le coût des allègements ciblés pour 2007. Ceux-ci bénéficient, pour près de 90 %, aux contrats d’apprentissage et de professionnalisation (1 389 millions d’euros), aux DOM (1 151 millions d’euros), aux ZRR, ZRU et ZFU (668 millions d’euros) ainsi qu’aux services à la personne (384 millions d’euros).

La différence d’environ 1,1 milliard d’euros avec les prévisions initiales pour 2007 serait imputable aux dispositifs suivants :

- entreprises implantées dans les DOM (+ 330 millions d’euros) ;
- zones de revitalisation rurale (+ 317 millions d’euros) ;
- plan de développement des services à la personne (+ 224 millions) ;
- contrat de professionnalisation (+ 105 millions) ;
- contrat d’apprentissage (+ 88 millions).

Le montant de la compensation mentionnée à l’annexe 5 et que le présent article propose d’approuver s’établirait à 3 milliards d’euros pour 2008 : il ne progresserait que de 3,5 % au regard du montant approuvé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, mais compte tenu de la très forte augmentation attendue en 2007, le montant prévu pour 2008 diminuerait en réalité de plus de

25 %. En effet, plusieurs éléments viendront minorer l'évolution spontanée de la compensation.

Il s'agit d'une part de trois articles du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, pour un effet total de plus de 600 millions d'euros :

– la suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général en ZRR (article 12), évaluée à 185 millions d'euros pour 2008 ;

– la suppression des exonérations de cotisations AT-MP (article 14), pour un montant de 150 millions d'euros ;

– la suppression de la compensation pour cinq dispositifs (article 16), soit plus de 235 millions d'euros.

Il s'agit d'autre part d'aménagements résultant de quatre articles du projet de loi de finances :

– l'élargissement du périmètre de l'exonération en faveur des jeunes entreprises innovantes (article 47), exonération dont le coût global serait de 120 millions d'euros en 2008 ;

– 140 millions d'euros au titre de la suppression de l'exonération liée aux contrats de professionnalisation et son rattachement aux allègements généraux (article 53) ;

– 20 millions d'euros au titre de l'intégration progressive dans la réduction générale des cotisations patronales des exonérations pour aide à domicile employée par une association ou une entreprise auprès d'une personne non fragile (article 55) ;

– 16 millions d'euros au titre de l'introduction d'un barème dégressif pour les exonérations en ZRR et en ZRU (article 58).

Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale relève toutefois que le coût de certaines mesures devrait continuer de croître de façon significative, notamment celles bénéficiant à l'emploi à domicile et aux jeunes entreprises innovantes, tandis que d'autres dispositifs verraient leur incidence se ralentir (ZFU) ou se réduire (ZRR). Les montants inscrits en loi de finances et en loi de financement pour 2008 risqueraient donc de ne pas pouvoir intégralement compenser les exonérations ciblées.

Prenant en compte des effets de la loi de finances et de la loi de financement pour 2008, l'annexe 5 récapitule l'évolution et la répartition des plus de 3 milliards d'euros de compensations d'exonérations ciblées que le présent article propose d'approuver et que résume le tableau ci-après.

Allégements ciblés

(en millions d'euros)

	2007 (prévisions de coûts)	2008 (dotations LFI)
Exonérations ciblées selon la catégorie de bénéficiaires	1 990	1 517
Exonérations ciblées selon le secteur géographique ou économique	2 077	1 528
Total	4 066	3 045

Source : PLFSS 2008

3. Les mesures non compensées

Les mesures non compensées, en progression de 4 % en 2007 du fait de la montée en charge des contrats d'avenir et des contrats d'accompagnement dans l'emploi, devraient significativement reculer en 2008, pour atteindre 2,5 milliards d'euros : près de 60 % au titre de l'aide à domicile, qui devrait rester stable (1 463 millions d'euros), le contrat d'accompagnement dans l'emploi (347 millions d'euros) et le contrat d'avenir (210 millions d'euros) étant en revanche en recul.

S'y ajoute l'effet de la suppression des exonérations de cotisations AT-MP résultant de l'article 14 du présent projet de loi de financement.

La part des mesures non compensées dans le montant total des exonérations (7,6 %) continuerait donc de diminuer en 2008.

4. L'évolution de la dette de l'État au titre de la compensation

Le dynamisme des dispositifs d'exonérations et les insuffisances de compensation ont mécaniquement entraîné des arriérés de paiement de l'État à l'égard des régimes sociaux. Ces dettes ne doivent pas être confondues avec celles que l'État accumule par ailleurs à l'égard des régimes de sécurité sociale au titre des prestations qu'ils gèrent pour son compte.

Ainsi que l'explique la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, deux sources de nature très différente permettent désormais de faire le point sur la dette de l'État envers les régimes sociaux.

Il s'agit d'abord du bilan de l'État, qui faisait apparaître au 31 décembre 2006 une dette nette de 9,1 milliards d'euros à l'égard des organismes sociaux, soit une progression de près d'un milliard d'euros au cours de l'exercice. Un peu plus de 5 milliards d'euros trouvaient leur origine dans l'insuffisance des compensations d'exonérations, dont 4,1 milliards d'euros pour le régime général, l'ensemble des dettes au titre de ce seul régime s'élevant à 7,2 milliards d'euros.

À cet égard, la Cour des comptes, si elle remarque que les créances inscrites dans les comptes des organismes de sécurité sociale correspondent aux dettes comptabilisées par l'État « à quelques millions d'euros près », souligne toutefois que « *les charges à payer comptabilisées par l'État en fin d'exercice ne correspondent pas nécessairement aux produits à recevoir présentés dans les comptes des organismes de sécurité sociale, alors que, par nature, ces montants devraient être proches* ».

L'ensemble des sommes restant dues aux régimes obligatoires de base fait par ailleurs l'objet d'un état semestriel que le gouvernement, en vertu de l'article L. 110-10-1 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi organique de 2005, doit transmettre au Parlement avant la fin des mois de janvier et de juillet de chaque année.

La Cour des comptes constate que « *ce document ne retrace en réalité ni une situation de trésorerie, ni une situation des créances et dettes au sens comptable* » et que les montants qu'il présente sont éloignés de ceux résultant de la comptabilité de l'État.

Cela tient au fait que cet état semestriel établit une situation nette en déduisant les versements effectués durant la période complémentaire au titre des dettes nées au cours des exercices antérieurs (alors que l'État ne comptabilise que les crédits ouverts en loi de finances rectificative). En conséquence, « *le tableau communiqué au Parlement n'est [...] ni un tableau de trésorerie au 31 décembre, ni un tableau de trésorerie au 20 janvier suivant, car, à cette date, de nouvelles charges sont venues s'ajouter à la dette de l'État* ».

Cela étant, en retenant ces conventions, la dette nette de l'État s'élevait à près de 5,1 milliards d'euros au 31 décembre 2005, dont 3,6 milliards au titre du régime général, mettant à sa charge des frais financiers de l'ordre de 150 millions d'euros. Au 31 décembre 2006, la situation nette s'était encore dégradée, dépassant 6,9 milliards d'euros, malgré les versements intervenus en application de la loi de finances rectificative pour 2006 (754 millions d'euros). Pour le seul régime général, la dette s'élevait à 5,1 milliards d'euros.

Au titre des prestations versées pour le compte de l'État ou prises en charge par l'État, les dettes s'élevaient à près de 1,9 milliard d'euros. Pour les exonérations de cotisations sociales, le montant net des créances des régimes obligatoires pour les exercices 2006 et antérieurs atteignait 4,1 milliards d'euros, dont 3,1 milliards d'euros pour le régime général, 500 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles, 390 millions d'euros pour les régimes des non-salariés non agricoles et 84 millions d'euros pour les régimes spéciaux.

Conformément aux recommandations de la Cour des comptes et aux décisions annoncées le 24 juillet par le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, l'ensemble des créances du régime général à fin 2006 au

titre des exonérations mais aussi des prestations, soit près 5,1 milliards d'euros, vient de faire l'objet d'un apurement.

Le mécanisme, régi par une convention financière conclue entre les parties prenantes, consiste en l'émission par l'ACOSS de billets de trésorerie à hauteur de ce montant, intégralement souscrits par la Caisse de la dette publique (CDP). Comme la loi l'y autorise (article 125 de la loi de finances pour 2003), elle a procédé à leur annulation le 5 octobre. Par voie conventionnelle entre l'État, l'ACOSS les caisses nationales et la CDP, cette annulation a pour contrepartie la remise des créances détenues par les organismes de sécurité sociale sur l'État, entraînant ainsi en 2008 une baisse de 200 millions d'euros de leurs charges d'intérêts.

Il n'en demeure pas moins, au titre de 2006 et des exercices antérieurs, 1,8 milliard d'euros de dettes. À l'occasion de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale du 24 septembre dernier, le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique a cependant indiqué que la loi de finances rectificative pour 2007 réglerait la dette ancienne de l'État à l'égard du BAPSA (619 millions d'euros). Les 1,2 milliard d'euros de dettes restant encore à rembourser porte essentiellement sur la CCMSA (515 millions d'euros), le RSI (388 millions d'euros) et la SNCF (261 millions d'euros).

Cela étant, le total des dotations budgétaires pour 2007, à savoir 2,9 milliards d'euros, ne devrait pas permettre de couvrir le montant des exonérations ciblées, soit 4,1 milliards d'euros : ainsi, même si le ministre a indiqué, au cours de la même réunion de la Commission des comptes, qu'il imposerait « *aux gestionnaires des différents programmes que les dotations destinées à ces dispositifs soient effectivement versées, et non pas consacrées à un autre objet en fonction des aléas de l'exécution budgétaire* », la dette s'alourdirait ainsi à nouveau de près d'1,2 milliard d'euros au titre de 2007.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à supprimer cet article qui approuve le montant correspondant à la compensation par l'État des exonérations ciblées de cotisations de sécurité sociale.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que cet amendement de suppression se justifie par le fait que ces exonérations n'ont pas prouvé leur efficacité économique.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Puis la commission a *adopté* l'article 17 sans modification.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Le *a* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes ». Le présent article porte donc fixation de ces recettes.

Deux annexes au présent projet de loi permettent de compléter les informations qu'il fournit :

- l'annexe C pour la répartition des prévisions de recettes par catégorie ;
- l'annexe 9B pour l'effet sur les comptes des régimes de base des mesures du projet de loi de financement ainsi que des mesures réglementaires ou conventionnelles prises en compte par le projet de loi de financement.

D'un point de vue macro-économique, selon le rapport économique, social et financier joint au projet de loi de finances pour 2008, la progression des recettes des administrations de sécurité sociale (agrégat comprenant l'assurance chômage et les régimes de retraite complémentaire obligatoires) demeurerait soutenue : + 4,4 % contre 2,7 % en 2006 et 4,7 % en 2006. Parmi les causes de ce dynamisme, le rapport évoque principalement la bonne tenue des cotisations du secteur privé (+ 4,8 %), le bénéfice des mesures nouvelles pour 2008 étant neutralisé par le contrecoup de la disparition de plusieurs mesures ponctuelles de 2007 (augmentation de la CSG sur les revenus du capital, reprise par l'Etat de la dette de l'UNEDIC).

Cette tendance sera confortée par l'ensemble des mesures nouvelles de recettes associées au présent projet de loi de financement, soit plus de 2 milliards d'euros.

1. Les recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Le 1° du présent article fixe, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, pour un montant total de 414,8 milliards d'euros (hors transferts entre branches). Par rapport aux prévisions rectifiées de recettes figurant à l'article 3 du présent projet, la progression globale se monte à 4,9 % ainsi que le montre le tableau ci-après.

Recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2007	2008	Evolution
Maladie	166,8	175,3	+ 5,1 %
Vieillesse	168,0	175,6	+ 4,5 %
Famille	54,7	57,1	+ 4,4 %
AT-MP	11,3	12,2	+ 8,0 %
Total (hors transferts)	395,5	414,8	+ 4,9 %

Source : PLFSS 2008

L'annexe C au projet de loi de financement permet de préciser les évolutions par catégorie.

Évolution par catégorie des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2007	2008	Evolution
Cotisations effectives	204,1	211,5	+ 3,6 %
Cotisations fictives	36,3	37,8	+ 4,1 %
Cotisations prises en charge par l'Etat	4,2	4,2	—
Autres contributions publiques	15,3	16,0	+ 4,6 %
Impôts et taxes affectées	104,4	112,6	+ 7,9 %
<i>dont CSG</i>	67,3	70,8	+ 5,2 %
Transferts reçus	26,9	28,4	+ 5,6 %
Revenus des capitaux	0,3	0,3	—
Autres ressources	4,0	3,9	- 2,5 %
Total	395,5	414,8	+ 4,9 %

Source : PLFSS 2008

Les différentes catégories de recettes connaîtraient donc une progression soutenue. La croissance tendancielle des prélèvements sur les revenus d'activité demeurerait forte (+ 3,4 %), mais le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier souligne qu'en raison du développement des exonérations de cotisations, elle est significativement inférieure à celle de la masse salariale (+ 4,8 %). Bien que plus modéré qu'en 2006, l'accroissement du produit de la CSG prolongerait la tendance de 2007 (+ 5,2 %), grâce aux revenus d'activité et de remplacement. L'article 61 de la loi de finances pour 2007, qui a porté le seuil d'imposition des plus-values de cession de valeurs mobilières et de droits sociaux de 15 000 euros à 20 000 euros, ce seuil devant désormais être actualisé chaque année, ne devrait occasionner qu'une perte de recettes de l'ordre de 20 millions d'euros.

Plus généralement, c'est le produit global des impôts et taxes affectés, bénéficiant pour près de 70 % à la branche maladie, qui continue de progresser le plus rapidement (près de 8 % en 2008), en raison du développement des

exonérations compensées par des recettes fiscales, même si cette situation recouvre des évolutions très variables : quasi-stabilité des prélèvements sur les alcools (+ 1,1 %), mais recul du produit du droit sur les tabacs (- 2,7 %), tenant compte de la baisse de la consommation résultant de la hausse des prix d'août 2007 et de l'entrée en vigueur de l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics.

En revanche, la C3S, assise sur le chiffre d'affaires, progresserait de 5 % et la taxe sur les salaires de 4,1 %, bien que l'article 86 de la loi de finances rectificative pour 2006 en ait élargi le champ d'exonération aux établissements d'enseignement supérieur, au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} septembre 2007, pour une perte de recettes évaluée à 75 millions d'euros en année pleine.

La progression tendancielle des prélèvements sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement serait faible (+ 0,3 % au travers des recouvrements de la direction générale en encaissements/décaissements), traduisant deux mouvements antagonistes : augmentation des prélèvements sur les revenus du patrimoine (+ 4,4 %) mais baisse des prélèvements sur les revenus de placement (- 4,5 %). Cette baisse correspond à une répercussion de l'assujettissement, en 2006, de l'ensemble des plans d'épargne-logement de plus de dix ans : afin de lisser l'incidence de cette mesure non reconductible en 2007 (- 1,8 milliard d'euros), les deux acomptes versés par les établissements bancaires au titre de l'année en cours ont été portés de 90 % à 100 %. Mais cet impact positif pour 2007 (estimé à 430 millions d'euros) exercera donc un contrecoup négatif à même hauteur en 2008.

Le tableau suivant, extrait de l'annexe 9B au présent projet, détaille l'impact des mesures de la loi de financement et de la loi de finances sur les recettes de 2008 de l'ensemble des régimes de base et du régime général.

Impact des mesures nouvelles sur les recettes 2008

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	Tous régimes	Régime général
Maintien du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires exploitants (art. 9 PLFSS)	+ 100	+ 100
Contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes (art. 9 PLFSS)	+ 50	+ 43
Contribution sur les indemnités de mise à la retraite et de départ à la retraite (art. 10 PLFSS)	+ 300	+ 300
Augmentation de la contribution sur les préretraites et affectation de son produit à la CNAV (art. 10 PLFSS)	+ 80	+ 80
Suppression de l'exonération AT-MP (art. 14 PLFSS)	+ 180	+ 180
Prélèvement à la source sur les dividendes (art. 6 PLF 2008)	+ 867	+ 867
Affectation de nouvelles recettes fiscales compensant les allègements généraux (art. 29 PLF 2008)	+ 486	+ 459
Total	+ 2 063	+ 2 029

Source : PLFSS 2008

Il en ressort que les deux principales mesures, à hauteur des deux tiers des recettes nouvelles de 2008, se situent dans le projet de loi de finances pour 2008 : instauration du prélèvement à la source pour la CSG sur les dividendes pour 867 millions d'euros, dont le rapporteur relève qu'elle n'aura d'incidences qu'en 2008, et affectation de nouvelles ressources fiscales compensant les allègements généraux pour 486 millions d'euros (*cf.* commentaire de l'article 17).

Les deux autres mesures principales n'ont en principe pas pour vocation essentielle de créer des recettes, puisqu'il s'agit respectivement de réorienter la politique de l'emploi des seniors (380 millions d'euros) ou de mettre fin aux exonérations de cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles (180 millions d'euros). Le reste des recettes provient du médicament (150 millions d'euros), par le biais de la prolongation « exceptionnelle » de la fixation à 1 % du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique aussi bien que de la « contribution exceptionnelle » sur le chiffre d'affaires des grossistes.

Le rapporteur rappelle en outre que les incidences de l'article 16 du présent projet de loi de financement, qui met fin à la compensation de cinq exonérations ciblées, occasionnant une perte de recettes de plus de 200 millions d'euros pour les régimes sociaux, ne sont pas prises en compte par l'annexe 9B au présent projet de loi, car elles étaient déjà intégrées au « tendancier » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale.

2. Les recettes du régime général

Le 2° du présent article porte sur les recettes du régime général, dont l'évolution est sensiblement comparable à celles de l'ensemble des régimes.

Recettes du régime général

(en milliards d'euros)

	2007	2008	Evolution
Maladie	143,5	150,9	+ 5,2 %
Vieillesse	85,4	89,2	+ 4,4 %
Famille	54,3	56,7	+ 4,4 %
AT-MP	10,0	10,8	+ 8,0 %
Total (hors transferts)	288,0	302,3	+ 5,0 %

Source : PLFSS 2008

La répartition par catégorie, donnée à l'annexe C, permet de compléter l'analyse de l'évolution des recettes.

Après deux années de progression rapide, les produits du régime général croîtraient moins vite, en 2007 comme en 2008, avec un « tendancier » à 3,9 %, en deçà de l'augmentation de la masse salariale (+ 4,8 %). Ce décalage pèserait proportionnellement davantage sur la branche vieillesse (+ 4,4 %), car ses recettes comprennent une part importante de cotisations salariales, plus sensibles à l'extension des dispositifs d'exonérations.

Par rapport à la prévision donnée dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, l'ensemble des mesures du présent projet de loi ou qui y sont associées permettent d'augmenter les recettes du régime général d'un peu plus de 2 milliards d'euros.

Extrait de l'annexe 9B au présent projet de loi, le tableau ci-dessous présente, par branche, les mesures ayant un impact sur les recettes du régime général pour 2008.

Mesures ayant un effet sur les recettes 2008 du régime général

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles de recettes	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches
Maintien du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires exploitants (art. 9 PLFSS)	+ 100	–	–	–	+ 100
Contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des grossistes (art. 9 PLFSS)	+ 43	–	–	–	+ 43
Contribution sur les indemnités de mise à la retraite et de départ à la retraite (art. 10 PLFSS)	–	–	+ 300	–	+ 300
Augmentation de la contribution sur les préretraites et affectation intégrale de son produit à la CNAV (art. 10 PLFSS)	–	–	+ 80	–	+ 80
Suppression de l'exonération AT-MP (art. 14 PLFSS)	–	+ 180	–	–	+ 180
Prélèvement à la source sur les dividendes (art. 6 PLF 2008)	+ 702	–	+ 35	+ 130	+ 867
Affectation de nouvelles recettes fiscales compensant les allègements généraux (art. 29 PLF 2008)	+ 195	+ 40	+ 142	+ 82	+ 459
Total	+ 1 040	+ 220	+ 557	+ 212	+ 2 029

Source : PLFSS 2008

3. Les recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Le 3° du présent article fixe les recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

(en milliards d'euros)

	2007	2008	Evolution
FSV	14,0	14,8	+ 5,7 %
FFIPSA	14,2	14,2	–

Source : PLFSS 2008

- *Le FSV*

Le montant des recettes 2008 du FSV atteindra 14,8 milliards d'euros dont 12,4 milliards d'euros, soit 83,8 %, au titre des impôts et taxes affectés. Cette progression tient essentiellement à celle de la CSG, qui représente une part essentielle des produits du fonds (11,6 milliards d'euros). Les autres recettes du FSV consistent en des transferts reçus, en faible progression.

Par rapport à la prévision donnée à la Commission des comptes de la sécurité sociale, le fonds bénéficie de 142 millions d'euros de mesures nouvelles de recettes : un apport de 172 millions d'euros de CSG, provenant du prélèvement à la source sur les dividendes, mais une perte de 30 millions d'euros résultant de l'affectation à la CNAV de la totalité du produit de la contribution sur les préretraites.

- *Le FFIPSA*

Les recettes du FFIPSA stagneront en 2008. Les produits reçus au titre des cotisations et des impôts affectés progressent à peine, traduisant notamment une quasi-stagnation de la CSG mais le léger recul de deux de ses principales ressources : le droit sur les tabacs, dont il est l'affectataire principal (à hauteur de 52,36 %), ainsi que les acomptes au titre de la compensation démographique.

Compte tenu des modalités d'alimentation du FFIPSA, ses prévisions de recettes, à la différence du FSV, ne sont pas modifiées par les mesures nouvelles au titre de 2008.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 18 sans modification.

Article 19

Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base

Le *d* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base* ». Le présent article porte donc approbation de ce tableau d'équilibre, qui se veut le reflet de l'article d'équilibre du projet de loi de finances.

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

(en milliards d'euros)

	2007			2008		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	166,8	173,4	- 6,6	175,3	179,6	- 4,2
Vieillesse	168,0	172,1	- 4,0	175,6	179,7	- 4,1
Famille	54,7	55,1	- 0,5	57,1	56,8	+ 0,3
AT-MP	11,3	11,6	- 0,3	12,2	11,8	+ 0,3
Total (hors transferts)	395,5	406,9	- 11,4	414,8	422,5	- 7,7

Sources : PLFSS 2008

Par rapport aux prévisions révisées pour 2007 figurant à l'article 3 du présent projet loi de financement, le solde tendanciel pour 2008 enregistrerait une légère dégradation, passant à 11,6 milliards d'euros. Le niveau du déficit demeurerait élevé, dépassant ainsi largement les prévisions initiales pour 2007.

L'intégration des soldes du FSV (+ 600 millions d'euros) et du FFIPSA (- 2,7 milliards d'euros en 2008) n'est guère plus encourageante, puisque le déficit tendanciel atteindrait dès lors 13,9 milliards d'euros en 2008, à comparer à 14 milliards d'euros en 2007.

En bas de tableau du rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, car hors champ des lois de financement de la sécurité sociale, on peut également constater que la détérioration de la situation des régimes de retraite complémentaire entamée en 2007 se poursuivrait en 2008, leur solde excédentaire se réduisant à nouveau pour atteindre 7,8 milliards d'euros (contre 9,7 milliards d'euros en 2006).

Le commentaire de l'article 20 du présent projet de loi (*infra*) permettra d'aborder spécifiquement l'évolution du régime général, dont le déficit tendanciel (- 12,7 milliards d'euros) serait encore plus important que celui de l'ensemble des régimes. Le solde global des autres régimes serait donc positif à hauteur d'environ 1 milliard d'euros, ce que traduit l'évolution des principaux d'entre eux - RSI avec 901 millions d'euros (aussi bien au titre de la maladie que de la retraite) et CNRACL avec 390 millions d'euros - à l'exception du régime des exploitants agricoles, déficitaire de 246 millions d'euros (y compris produit à recevoir du FFIPSA).

Le RSI, tant au titre de la maladie (ex CANAM) que de la retraite des commerçants (ex ORGANIC), verrait sa situation s'améliorer, grâce à une augmentation de ses produits beaucoup plus rapide que celle de ses charges. La retraite des artisans (ex CANCAVA) connaîtrait en revanche une légère dégradation, tenant à la forte croissance du nombre des bénéficiaires.

Malgré une progression rapide de ses charges, inhérente à l'arrivée à l'âge de la retraite de la génération du *baby boom* et aux effets des mesures portant sur

les carrières longues, mais quelque peu atténuée par des prélèvements moins importants au titre de la compensation entre régimes, la CNRACL améliorerait cependant son excédent en 2008 (426 millions d'euros), grâce à des produits en forte hausse, sous l'effet d'un important volume de validations de services effectués par les fonctionnaires en qualité de non-titulaires, qui donnent lieu à des versements rétroactifs de cotisations et à des transferts financiers provenant de la CNAV et de l'IRCANTEC. S'y ajoutent l'augmentation du nombre des cotisants consécutif à la décentralisation et la revalorisation des grilles de rémunérations des fonctionnaires des catégories B et C (protocole du 25 janvier 2006).

Apparemment stable, le déficit du régime des exploitants agricoles se dégraderait toutefois de 300 millions d'euros hors produit à recevoir du FFIPSA, pour approcher 2,9 milliards d'euros. Côté recettes, la stabilité recouvre une progression soutenue de la CSG et plus modérée des cotisations sociales, mais une baisse des produits reçus au titre de la compensation entre régimes. Côté dépenses, les prestations évoluent peu, avec une stabilité des prestations de retraite résultant des effets opposés du déclin démographique et de la revalorisation des pensions. Mais les charges financières, qui devraient atteindre près de 300 millions d'euros, croissent très rapidement.

*

La commission a *adopté* l'article 19 sans modification.

Article 20

Approbation du tableau d'équilibre du régime général

Le *d* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis [...] de manière spécifique pour le régime général* ». Le présent article porte donc approbation de ce tableau d'équilibre.

Tableau d'équilibre du régime général

(en milliards d'euros)

	2007			2008		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	143,5	149,7	- 6,2	150,9	155,2	- 4,3
Vieillesse	85,4	90,0	- 4,6	89,2	94,3	- 5,1
Famille	54,3	54,8	- 0,4	56,7	56,4	+ 0,3
AT-MP	10,0	10,4	- 0,4	10,8	10,5	+ 0,3
Total (hors transferts)	288,0	299,6	- 11,7	302,3	311,1	- 8,9

Source : PLFSS 2008

Comme pour l'ensemble des régimes (*cf. supra* article 19), 2008 se traduirait par une amélioration notable au regard des prévisions révisées pour 2007 figurant à l'article 3 du présent projet loi de financement, avec une réduction de 2,8 milliards d'euros du déficit. Hormis celui de la branche vieillesse, le solde des trois autres branches s'améliorerait, deux d'entre elles (famille et accidents du travail) revenant même à l'équilibre.

Cela étant, le niveau du déficit demeure évidemment élevé et il dépasse de près de 1 milliard d'euros les prévisions initiales pour 2007. Il se traduit en outre par des charges financières nettes qui connaissent une progression considérable (+ 44,9 %), ainsi que le récapitule le tableau ci-après.

Produits financiers nets

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008
CNAM	- 125	- 270	- 398
CNAF	+ 68	+ 43	+ 65
CNAV	- 253	- 473	- 681
Total	- 310	- 700	- 1 014

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2007)

Ce déficit de 8,9 milliards d'euros marque toutefois un net redressement par rapport au « tendanciel » particulièrement préoccupant présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier : sans les mesures prévues par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale ou associées à ce texte, le déficit aurait atteint 12,7 milliards. Au vu des montants en jeu, il importe de préciser que ce « tendanciel », au titre des allègements de cotisations, retient pour hypothèse leur compensation intégrale pour les heures supplémentaires mais prévoit une insuffisance de 500 millions d'euros du « panier de recettes » affectées aux allègements généraux.

Les mesures ayant une incidence sur les recettes des régimes et des fonds en 2008 ont d'ores et déjà été présentées et commentées au titre de l'article 18.

S'agissant des dépenses, le tableau ci-dessous, tiré de l'annexe 9B au présent projet de loi, précise l'impact, pour l'ensemble des régimes et pour le régime général, des mesures nouvelles, y compris celles qui ne figurent pas dans le dispositif proprement dit de ce projet de loi.

Impact des mesures nouvelles sur les dépenses 2008

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	Tous régimes	Régime général
Extension de la mise sous entente préalable (art. 26 PLFSS)	- 50	- 43
Encadrement des transports sanitaires effectués par les taxis (art. 27 PLFSS)	- 30	- 26
Mesures structurantes proposées par l'UNCAM (art. 29 à 33 et 44 PLFSS)	- 100	- 86
Franchise sur les médicaments, transports sanitaires et actes paramédicaux (art. 35 PLFSS)	- 850	- 723
Participation de l'Etat au financement de l'EPRUS (art. 52 PLFSS) (*)	- 100	- 100
Revalorisation des rentes de certains ayants droit de victimes AT-MP (art. 55 PLFSS) (*)	+ 10	+ 10
Calcul des indemnités journalières (décret en Conseil d'Etat)	- 70	- 60
Maîtrise médicalisée (avenant n° 23 à la convention médicale)	- 635	- 543
Baisse des prix des génériques (plan « médicament »)	- 90	- 77
Baisse des prix des médicaments sous brevet (plan « médicament »)	- 50	- 43
Remboursement médicalisé des médicaments à 35 % pour les affections de longue durée (décret)	- 50	- 43
Total maladie et accidents du travail <i>dont hors ONDAM (*)</i>	- 2 015 - 90	- 1 734 - 90
Majoration unique par âge (art. 59 PLFSS)	- 80	- 80
Droit d'option entre l'AEEH et la PCH (art. 60 PLFSS)	- 50	- 50
Alignement des taux d'effort pour les ménages modestes pour la garde des enfants	+ 35	+ 35
Total famille	- 95	- 95
Total toutes branches	- 2 110	- 1 829

Source : PLFSS 2008

Pour le seul régime général, l'amélioration par rapport au « tendanciel » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier, qui incluait notamment le plan d'économies de dépenses de santé suite au comité d'alerte ainsi que les incidences de la loi « TEPA », atteint près de 3,9 milliards d'euros, à peu près également répartis entre recettes nouvelles (2 milliards d'euros) et économies de dépenses (1,8 milliard d'euros), ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

Incidences des mesures 2008 sur l'équilibre du régime général

(en milliards d'euros)

	« Tendanciel » 2008			Mesures 2008			Equilibre 2008		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	140,3	147,4	- 7,1	+ 1,04	- 1,744	+ 2,784	141,3	145,7	- 4,3
Vieillesse	88,8	94,4	- 5,7	+ 0,557	-	+ 0,557	89,3	94,4	- 5,1
Famille	56,8	56,8	- 0,0	+ 0,212	- 0,095	+ 0,307	57,0	56,7	+ 0,3
AT-MP	10,5	10,5	+ 0,1	+ 0,22	+ 0,01	+ 0,21	10,8	10,4	+ 0,3
Total	296,4	309,1	- 12,7	+ 2,029	- 1,829	- 3,858	298,4	307,2	- 8,9

Sources : PLFSS 2008

Compte tenu des mesures nouvelles pour 2008, deux branches seraient légèrement excédentaires, mais les deux principales branches demeureront lourdement déficitaires.

- *La branche maladie*

Le « tendancier » pour 2008 se traduirait par un déficit de 9 milliards d'euros, soit une aggravation de 900 millions d'euros, tenant principalement, malgré le ralentissement des prestations invalidité (+ 3%), à l'accélération de la croissance des prestations maladie-maternité (+ 4,8 %), à l'affiliation au régime général des agents titulaires et pensionnés du régime de la Banque de France, à la dégradation de la part hors forfait des prestations des bénéficiaires de la CMU et à la progression des intérêts financiers (qui avoisineraient 400 millions d'euros).

Les mesures nouvelles pour 2008 amélioreraient le solde de la branche maladie de près de 2,8 milliards d'euros, grâce à 1 milliard d'euros de recettes supplémentaires (*cf.* article 18) et 1,7 milliard d'euros d'économies attendues.

L'évaluation de certaines de ces économies comporte nécessairement une part d'aléa : leur réalisation peut se révéler sensiblement différente, à la baisse comme à la hausse, en fonction des efforts des acteurs. C'est notamment le cas des mesures regroupées, dans l'annexe 9B, sous les intitulés « Maîtrise médicalisée avenant n° 23 » ou « Mesures structurantes proposées par l'UNCAM », pour une économie totale évaluée à 735 millions d'euros pour l'ensemble des régimes.

La « maîtrise médicalisée avenant 23 » fait référence à la négociation conventionnelle conclue au printemps dernier. Elle n'a pourtant pas été prise en compte dans le « tendancier » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre, alors même que ce rapport est capable d'anticiper la compensation par l'Etat de l'insuffisance du « panier de recettes » à hauteur de 850 millions d'euros. Le gouvernement considère en effet qu'il s'agit d'une mesure nouvelle pour 2008, l'avenant ne prévoyant pas son montant ; en outre, l'article 30 du présent projet de loi de financement prévoit que les objectifs de maîtrise médicalisée sont désormais établis en volume, ce qui justifie selon lui que le « tendancier » n'ait pas pris en compte les effets de cet avenant.

Par « mesures structurantes proposées par l'UNCAM », il faut entendre en fait principalement celles de la CNAM, dont certaines relèvent du pouvoir réglementaire, de la gestion des caisses ou de la négociation conventionnelle, mais dont d'autres trouvent leur traduction dans le présent projet de loi :

- élargissement du dispositif d'accord préalable prévu par la loi relative à l'assurance maladie à d'autres prescriptions que les indemnités journalières et les transports sanitaires (article 26) ;

- recentrage des missions de la Haute autorité de santé sur l'évaluation médico-économique (article 29) ;

- mise en place d'un contrat avec un groupe de médecins comportant des objectifs, des engagements (processus, qualité et résultats) et une rémunération à la performance (articles 30 et 31) ;

- transfert de l'enveloppe de la permanence des soins sur le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (article 31) ;

- régulation des installations pour les infirmières libérales (article 32) ;

- installation des médecins libéraux dans les zones sous-denses (article 33) ;

- évolution de la tarification à l'activité (article 44).

Le rapporteur remarque en revanche, parmi les mesures retracées dans l'annexe 9B, le « remboursement médicalisé des médicaments à 35 % pour les affections de longue durée ». On voit mal en effet pourquoi un médicament dont le service médical rendu serait jugé insuffisant ne le serait pas pour les malades souffrant d'une affection de longue durée, d'autant qu'est prévue la garantie d'exceptions médicalement justifiées. L'article R. 322-5 du code de la sécurité sociale sera donc modifié en ce sens, mais une logique de responsabilisation devrait conduire à accepter de confier aux mutuelles et aux assurances le code identifiant de présentation des médicaments en question.

De même, c'est par décret en Conseil d'État qu'il sera procédé à la révision des modalités de calcul des indemnités journalières (article R. 323-4 du code de la sécurité sociale)

Enfin, le rapporteur relève que sur les 1,7 milliard d'euros d'économies, 850 millions d'euros résultent de la mise en place de nouvelles franchises destinées à financer des priorités de santé publique comme la lutte contre le cancer ou la maladie d'Alzheimer.

- *La branche vieillesse*

Moins spectaculaire qu'en 2007, la détérioration du solde de la branche vieillesse serait cependant de 1,1 milliard d'euros en 2007, le déficit s'élevant ainsi à 5,7 milliards d'euros. La progression des prestations se ralentirait quelque peu compte tenu de la stabilité prévue du nombre de départs en retraite et d'une revalorisation des pensions moins importante qu'en 2007 (1,1 % contre 1,8 %), mais les produits augmenteraient moins vite que les charges, malgré la moindre croissance du transfert au FSV et des prises en charges de prestations au titre du minimum vieillesse.

Les mesures nouvelles pour 2008 amélioreraient le solde de la branche vieillesse de près de 600 millions d'euros, exclusivement par le jeu de recettes supplémentaires : 380 millions d'euros au titre de mesures bénéficiant spécifiquement à la branche (contribution sur les indemnités de mise à la retraite

et de départ à la retraite, contribution sur les préretraites) et 177 millions d'euros au titre des nouvelles recettes affectées aux compensations d'allègements généraux et, marginalement, de la mise en place du prélèvement à la source sur les dividendes.

- *La branche famille*

Tendanciellement, la branche famille retrouverait l'équilibre en 2008, grâce à la poursuite du ralentissement des dépenses de prestations légales, à destination de la petite enfance (la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant étant achevée) ou liées au handicap (avec la fin de la montée en charge des nouveaux compléments de l'AAH et l'amélioration des revenus des allocataires).

La croissance des prestations extralégales demeurerait soutenue (+ 8,3 %), conformément aux objectifs de la convention d'objectifs et de gestion (COG).

Comme en 2007, l'augmentation des produits serait supérieure à celle des charges, malgré la moindre progression de l'assiette de cotisations du secteur public ainsi que le ralentissement des remboursements au titre de l'AAH et de l'API.

Les mesures nouvelles pour 2008 amélioreraient le solde de la branche famille de 307 millions d'euros : 212 millions d'euros de recettes supplémentaires (au titre de la CSG sur les dividendes et des compensations d'allègements) et 95 millions d'euros de moindres dépenses.

- *La branche des accidents du travail et des maladies professionnelles*

L'évolution « tendancielle » hors transfert avec la CNSA permettrait un retour à l'équilibre, avec un solde positif de 63 millions d'euros.

En effet, contrairement à 2006 et à 2007, les prestations connaîtraient une décélération tandis que la branche des accidents du travail n'aurait pas à provisionner de déficit de trésorerie au titre du FCAATA.

Les mesures nouvelles pour 2008 amélioreraient le solde de la branche de 210 millions d'euros : 220 millions d'euros de recettes supplémentaires (principalement au titre de la fin des exonérations de cotisations d'accidents du travail) et 10 millions d'euros de dépenses nouvelles (revalorisation des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 20 sans modification.

Article 21

**Approbation du tableau d'équilibre des organismes
concourant au financement des régimes obligatoires de base**

Le *d* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis [...] pour les organismes concourant au financement de ces régimes* ». Le présent article porte donc approbation de ce tableau d'équilibre.

**Tableau d'équilibre des organismes concourant au financement
des régimes obligatoires de base**

(en milliards d'euros)

	2007			2008		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
FSV	14,0	14,2	- 0,3	14,8	14,2	+ 0,6
FFIPSA	14,2	16,5	- 2,3	14,2	16,8	- 2,7

Sources : PLFSS 2008

L'évolution de la situation des deux fonds concourant au financement des régimes obligatoires en 2008 serait opposée, quoique placée sous le signe la continuité : poursuite de l'amélioration, et même retour à l'équilibre, pour le FSV, poursuite de la détérioration pour le FFIPSA.

1. Le Fonds de solidarité vieillesse

Les tendances observées en 2006 et en 2007 se prolongeraient en 2008, mais à un rythme moins soutenu, s'agissant tant des ressources (ralentissement de la CSG) que des charges : moindre diminution des dépenses au titre des prises en charge de cotisations (- 1,9 %), moindre progression des prestations (+ 1,1 %) liée à la baisse du taux de revalorisation des pensions et la montée en charge de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Parmi les évolutions nouvelles, la forte croissance de la C3S affectée au fond (400 millions d'euros, soit 60 % de plus qu'en 2007) apporte une contribution significative à l'amélioration du solde.

Déficitaire de près de 300 millions d'euros, le FSV redeviendrait ainsi excédentaire en 2008, à 485 millions d'euros en « tendanciel » et à 627 millions d'euros compte tenu des mesures nouvelles de recettes (*cf.* article 18).

Cela étant, le rapporteur souligne que ce retour des excédents ne constituera que la première étape dans l'effacement du déficit cumulé, qui s'élèverait encore à 4,7 milliards d'euros à fin 2008.

2. Le Fonds de financement des prestations sociales agricoles

Déficitaire de 2,3 milliards d'euros en 2007, le FFIPSA le serait encore davantage en 2008, à hauteur de 2,7 milliards d'euros, dont 1,4 milliards d'euros

au titre de la section maladie et 1,3 milliard d'euros au titre de la section vieillesse. Cette évolution traduit une progression modérée des dépenses de maladie, mais une forte augmentation des prestations familiales. Le produit des cotisations sociales et de la CSG ne s'accroît que de 1,9 %, tandis que les acomptes de compensation démographique et le produit du droit sur les tabacs baisseraient respectivement de 2 % et de 1,5 %.

Dans ces conditions, le déficit cumulé du FFIPSA atteindrait fin 2008 8,3 milliards d'euros, desquels il faut toutefois déduire les 619 millions d'euros de dette « ancienne » (au titre du BAPSA) que l'État a reprise en 2007.

*

La commission a *adopté* l'article 21 sans modification.

Article 22

Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)

Le *b* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit* ».

Le présent article fixe donc l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES et les prévisions de recettes affectées au FRR, deux établissements dont le rapporteur constate qu'ils accomplissent remarquablement leur mission, dans l'attente des décisions importantes à prendre au cours des prochains mois, qui ne manqueront pas d'avoir une incidence sur leur activité.

1. L'objectif d'amortissement de la dette sociale

L'objectif d'amortissement pour 2008 est fixé à 2,8 milliards d'euros, contre 2,6 milliards d'euros en objectif rectifié pour 2007 (*cf. supra* article 4), soit une reprise du rythme d'amortissement. Ce montant traduit la différence entre, d'un côté, un produit de la CRDS qui atteindrait près de 6 milliards d'euros, et, de l'autre, des frais financiers nets s'élevant à 3,1 milliards d'euros, en légère hausse (+ 1,3 %) suite aux reprises de dette intervenues ces dernières années.

Compte tenu des nouvelles modalités d'assujettissement des revenus des dividendes proposées à l'article 6 du projet de loi de finances pour 2008, dont l'incidence positive est évaluée à 59 millions d'euros, le produit de la CRDS demeure dynamique (+ 5 %), non seulement au titre de la contribution sur le patrimoine (+ 22,6 %) mais aussi au titre de la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement (+ 4,3 %).

Fin 2008, la CADES aurait ainsi amorti 37,5 milliards d'euros, avec, compte tenu d'un montant de dette reprise stabilisé à 107,6 milliards d'euros, une situation nette s'élevant à - 70,1 milliards d'euros.

La CADES a élaboré un indicateur de performance qui lui permet de suivre au cours du temps l'évolution de cette situation, c'est-à-dire du montant restant à rembourser, en fonction de différentes probabilités de risque. Ces perspectives sont présentées dans l'annexe 8 au présent projet de loi de financement : la CADES aurait actuellement une chance sur deux d'avoir intégralement remboursé en quinze ans la dette qui lui a été confiée ; la probabilité que cette dette soit déjà remboursée dans treize n'est que de 5 %, de même que celle qu'elle ne soit pas remboursée en moins de vingt ans.

2. Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites

L'objectif d'affectation de recettes au FRR pour 2008 est fixé à 1,7 milliard d'euros (contre 1,6 milliard d'euros en 2007).

En « tendanciel », le montant des ressources affectées, à savoir la part (65 %) qui lui revient du prélèvement social de 2 %, devait légèrement diminuer (- 1,5 %), mais les incidences des dispositions du projet de loi de finances relatives aux dividendes devraient s'élever à plus de 156 millions d'euros, portant à 1,7 milliard d'euros le produit total affecté au fonds.

Pas plus qu'en 2007, le FRR ne pourra bénéficier d'un versement de la CNAV, dont le solde est déficitaire. Quant au FSV, il n'a pas versé d'excédent au FRR depuis 2001, tandis que celui-ci n'a reçu de solde de C3S qu'en 1999. Cette unique recette affectée est complétée par des produits financiers, qui s'élèveraient à près de 1,4 milliard d'euros nets de charges.

Dès lors, les réserves constituées à fin 2008 devraient atteindre près de 30,5 milliards d'euros, en excluant les plus-values latentes ainsi que la part de la soule versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (IEG) en conséquence de l'adossment au régime général du régime IEG, géré par le FRR pour le compte de la CNAV.

Le rapport présenté par le Conseil d'orientation des retraites en mars 2006 établit diverses projections, à législation inchangée, du solde cumulé à l'horizon 2020. En fonction de trois hypothèses de taux de chômage à partir de 2015 (4,5 %, 7 % ou 9 %), qui exercent une incidence sur les sommes que le FSV pourrait verser au FRR, ses réserves atteindraient de 67 à 127 milliards d'euros. Le législateur n'a pas déterminé précisément les modalités de décaissement de la dotation à compter de cette date, mais le gouvernement estime que cette question doit figure à l'ordre du « rendez-vous » de 2008.

Le rapporteur est conscient qu'une telle « pépite » ne peut d'ores et déjà que susciter des convoitises face à l'ampleur des déficits à combler. Mais il ne

serait pas opportun de céder à la tentation : le fonds constitue non seulement le seul élément de préparation à l'avenir de notre protection sociale, mais il possède un impact économique et financier qui, sans atteindre encore celui qu'ont acquis les pays qui ont eu la sagesse de débiter cet effort avant nous, n'en est pas moins déjà important pour la place de Paris.

*

La commission a *adopté* l'article 22 sans modification.

Après l'article 22

La commission a examiné un amendement présenté par Mme Marisol Touraine tendant à instituer une taxe sur les plus-values fixée à un taux de 8,30 % dont le produit serait affecté au Fonds de réserve pour les retraites.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Avant l'article 23

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian visant à subordonner le versement de subventions d'origine publique ou privée aux organisations syndicales à la publication annuelle de comptes certifiés par un commissaire aux comptes agréé.

M. Dominique Tian a considéré que cet amendement permettra de susciter un débat utile à l'heure où les révélations se multiplient sur le financement des syndicats.

M. Jean-Marie Le Guen a déclaré que le groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche (SRC) pourrait s'associer à cet amendement à condition de prévoir que les subventions clandestines versées à toutes les organisations professionnelles soient reversées au Fonds de réserve pour les retraites...

Le président Pierre Méhaignerie a jugé que cet amendement se rattache difficilement au contenu du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Estimant en revanche que le sujet traité est important, il a évoqué la possibilité que la commission crée une mission d'information.

M. Pierre Morange a estimé que sur le fond cet amendement est pertinent. Il convient d'ailleurs d'interroger le ministre sur les solutions que le gouvernement entend apporter au problème du financement des syndicats. En

revanche, l'adoption de cet amendement, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ne va pas sans susciter des interrogations sur son opportunité.

Le président Pierre Méhaignerie ayant déclaré qu'il poserait à ce sujet une question au gouvernement, M. Dominique Tian a *retiré* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian tendant à créer un article additionnel avant l'article 23 et prévoyant que la Cour des comptes est habilitée à examiner la bonne utilisation des ressources publiques allouées aux organisations syndicales dans le cadre de son rapport annuel sur la sécurité sociale.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, ayant considéré qu'un tel amendement n'a pas sa place dans le projet de loi de financement de sécurité sociale, **M. Dominique Tian** a répliqué qu'une disposition visant à renforcer le contrôle de la Cour des comptes peut légitimement figurer dans un tel projet.

Le rapporteur ayant donné un avis défavorable, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 23

Certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale

Le présent article vise à compléter le dispositif législatif applicable à la certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale, introduit par l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Le principe même d'une certification des comptes avait été introduit par la loi organique de 2005 : en vertu de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières, « *chaque année, la Cour des comptes établit un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos, établis conformément aux dispositions du livre I^{er} du code de la sécurité sociale. Ce rapport est remis au Parlement et au Gouvernement sitôt son arrêt par la Cour des comptes, et au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle afférente aux comptes concernés.* »

Avant de décrire les aménagements que propose le présent article en matière de certification des comptes, le rapporteur rappellera les grandes lignes du premier rapport de certification présenté par la Cour des comptes.

1. Le rapport de certification des comptes 2006 du régime général

La Cour des comptes a arrêté le 19 juin dernier son premier rapport de certification des comptes du régime général, portant sur l'exercice 2006. Il comporte à la fois l'exposé des vérifications opérées par la Cour dans le cadre qu'elle s'est fixée et l'expression de ses justifications et appréciations en vue de la certification de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes du régime général, au regard des normes comptables qui leur sont applicables.

La Cour des comptes exprime donc dans ce rapport sa position sur chacun des neuf ensembles d'états financiers (bilan, compte de résultat, annexe) que sont les comptes annuels des quatre établissements publics nationaux constituant les têtes de réseau du régime général (CNAMTS, CNAF, CNAV et ACOSS), les comptes combinés des branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille et vieillesse et celui du recouvrement : ces comptes regroupent, après un traitement approprié, les comptes annuels de l'établissement public et ceux des organismes de base constitutifs des réseaux concernés.

Pour l'ensemble des organismes, branches et activités contrôlés, la Cour des comptes met en avant l'inachèvement du déploiement et les insuffisances des dispositifs de contrôle interne. Elle relève également la persistance des créances sur l'Etat antérieures à 2002 et relatives aux exonérations de cotisations sociales qui subsistent dans les comptes de l'ACOSS pour un montant de 1,2 milliard d'euros, soit 549,5 millions d'euros au titre de la CNAM, 322,9 millions d'euros au titre de la CNAF et 339,5 millions d'euros au titre de la CNAV.

La Cour estime que dès lors que l'Etat vient de reconnaître ses dettes dans ses comptes 2006, il doit s'en acquitter dans les meilleurs délais. De fait, comme on l'a vu précédemment, l'Etat réglera cette dette en loi de finances rectificative pour 2007.

• L'activité de recouvrement et l'ACOSS

Elles ont fait l'objet, pour l'une, d'une certification avec réserves et, pour l'autre d'une certification pure et simple. S'agissant de l'activité de recouvrement, la Cour estime que l'audit des comptes a été affecté de limitations (lacunes des vérifications d'audit effectuées par l'ACOSS ne permettant pas de fonder la validation des comptes des organismes de base sur des éléments suffisants) et que la modification législative de la définition des heures rémunérées pour le calcul des allègements de cotisations est susceptible d'entraîner des recours contentieux significatifs de la part des entreprises.

• Les branches maladie et accidents du travail et la CNAM

Pour ces deux branches et pour cette caisse nationale, la Cour certifie les comptes avec réserves, notamment en raison de l'absence de certification des comptes des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ainsi que de certains régimes intégrés (MSA, cultes) dont le solde est pris en charge par la CNAM. Elle

souligne également les particularités du calcul des provisions pour charges techniques (plus de 8,5 milliards d'euros pour la branche maladie et 300 millions d'euros pour la branche des accidents du travail).

La certification des comptes de la *branche maladie* fait par ailleurs l'objet de réserves spécifiques, tenant à l'absence d'un chemin de révision pour les vérifications relatives aux opérations du règlement à l'acte, à l'absence de moyens permettant d'obtenir une assurance raisonnable de la fiabilité des données financières relatives aux opérations des mutuelles et à l'insuffisance des vérifications d'audit effectuées par la CNAM. La Cour relève en outre l'existence d'une incertitude quant aux modalités et au calendrier du remboursement du solde de 75 % des avances aux hôpitaux constaté à la clôture 2006 (4,3 milliards d'euros), incertitude de nature à affecter à terme la valeur de ces actifs.

La Cour y adjoint les observations suivantes : nécessité d'un remboursement rapide par l'Etat de sa dette au titre de l'aide médicale d'Etat (920 millions d'euros) et des grands invalides de guerre (42 millions d'euros) ; non-respect des règles de combinaison quant à la définition du périmètre du bilan combiné de la branche, plus large que celui du compte de résultat.

La certification des comptes de la *branche des accidents du travail et des maladies professionnelles* fait également l'objet de réserves spécifiques. La Cour relève que les charges d'hospitalisation sont calculées sur la base d'une clé de répartition issue d'une procédure administrative fondée sur les données déclaratives des hôpitaux, porteuse d'un risque de sous-évaluation de ces charges. Elle juge par ailleurs que le traitement comptable de la créance de la CNAM sur le FCAATA n'est pas approprié, car l'intégralité du montant de la créance de 89 millions d'euros sur ce fonds aurait dû être provisionnée en raison de l'absence de garantie de son recouvrement.

S'agissant enfin de la *CNAM*, la Cour regrette la présence d'écritures qui se neutralisent entre les charges et les produits à hauteur de plus de 7 milliards d'euros, majorant indûment les charges ainsi que les produits et affectant ainsi la clarté de l'information financière donnée par les comptes de la caisse nationale.

• *La branche famille et la CNAF*

Sans aller jusqu'à refuser de certifier les comptes de la branche et de la caisse nationale, la Cour des comptes estime cependant ne pas être en mesure d'exprimer une opinion à leur sujet.

S'agissant de la *branche famille*, la Cour relève en effet de « *nombreuses limitations substantielles* » : insuffisances du déploiement du processus de validation (faiblesse des moyens d'audit, absence de missions sur place, caractère restrictif de l'information fournie) ; intégration sans contrôle de leur fiabilité de charges et de produits de gestion technique en provenance d'organismes délégataires, pour un montant de 1,47 milliard d'euros.

La Cour insiste tout particulièrement sur les « *limitations substantielles* » et les « *fortes incertitudes* » affectant la comptabilisation des opérations relatives à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) : la faiblesse générale du contrôle interne et le caractère encore partiel et tardif du recensement des droits à la clôture de l'exercice ne permet pas d'assurer le recensement exhaustif des droits à l'AVPF par les caisses d'allocations familiales (CAF) et les organismes dotés d'une délégation de gestion des prestations familiales ; dès lors, un aléa substantiel, quoique non chiffrable, affecte le montant des charges estimatives enregistrées par la CNAF au titre de l'année 2006.

Elle constate en outre que le résultat de la CNAF comporte également un aléa substantiel : à la clôture des comptes, les cotisations notifiées à la branche retraite ou indiquées par la CNAF comme restant à l'être au titre des années 2002 à 2004 sont inférieures de 930 millions d'euros aux charges estimatives enregistrées dans les comptes de la CNAF au titre de ces mêmes années. Par ailleurs, le résultat de la CNAF devrait être majoré de 229 millions d'euros au titre des cotisations d'AVPF qui ont été versées à la CNAVTS (159 millions d'euros) correspondant à un produit à constater au titre de régularisations à effectuer pour les années antérieures à 2002 et à 70 millions d'euros au titre d'une correction à apporter à une surestimation avérée du montant de la charge comptabilisée par la CNAF au titre de l'année 2006.

La Cour souligne enfin les insuffisances constatées lors des opérations d'inventaire. Le rapprochement qu'elle a opéré entre les charges à payer et les provisions 2005 en matière de charges de prestations légales avec les paiements effectués en 2006 a permis de chiffrer la sous-estimation des charges à payer et provisions dans les comptes 2005 à 109 millions d'euros, cette sous-estimation étant, à méthode constante, au moins d'un même montant pour les comptes 2006.

L'absence de mise en œuvre, dans plusieurs CAF, de procédures minimales en matière d'évaluation de charges à payer d'action sociale conduit en outre la Cour à considérer qu'il existe une incertitude sur un montant de 197 millions d'euros. Les provisions pour dépréciation d'indus sont calculées selon une méthode inadaptée qui conduit à en sous-estimer le montant de 60 millions d'euros. L'insuffisance des contrôles des ressources des allocataires a entraîné une majoration indue de charges de prestations pour un montant d'environ 190 millions d'euros et, par conséquent, une sous-estimation des créances d'un même montant. La branche famille n'enregistre pas de créances sur l'Etat pour les annulations et remises de dettes relatives aux aides que les CAF versent pour le compte de l'Etat (122 millions d'euros pour les années 2003 à 2006), cette situation résultant d'une incertitude sur les relations contractuelles entre l'Etat et la CNAF.

Au vu des limitations substantielles affectant l'audit des comptes combinés de la branche, la Cour des comptes estime que l'audit des comptes de la CNAF est lui-même affecté par des limitations substantielles. En effet, le bilan et le compte de résultat de la CNAF retracent l'ensemble des relations entre la caisse

nationale et les organismes de base et principalement les dotations de gestion technique permettant aux CAF de servir les prestations de sécurité sociale. Ces dotations sont calculées pour couvrir exactement les charges nettes des CAF. Si les données financières correspondantes dans les comptes de la CNAF sont exactes, elles ne le sont que pour autant que les comptes des CAF sont eux-mêmes réguliers, sincères et donnent une image fidèle de leur situation financière.

- *La branche vieillesse et la CNAV*

La Cour certifie les comptes de la branche et de la caisse nationale avec réserves.

Elle constate que les charges sont affectées à la fois par des incertitudes portant sur la fiabilité de la carrière des assurés sociaux prise en compte lors de la liquidation de leurs droits, par des erreurs portant sur le montant des droits mis en paiement (qui représentent 0,24 % à 0,44 % du flux des droits) ainsi que par des dates erronées d'entrée en jouissance des droits mis en paiement et l'absence de suspension du paiement ou de révision de droits déjà en paiement en contradiction avec les dispositions légales, dont l'incidence potentielle n'est pas connue. En l'absence d'un contrôle du régime général sur leur gestion et de certification de leurs comptes, une incertitude affecte les déficits des régimes financièrement intégrés au régime général (MSA, cultes) pris en charge par la branche. En l'absence d'un contrôle effectif par l'ACOSS, une incertitude affecte le produit des cotisations à la charge des employeurs des industries électriques et gazières dans le cadre de l'adossement au régime général. Les variations des charges de prestations légales de la branche (+ 4,3 milliards d'euros au total) par rapport à l'exercice précédent sont imparfaitement corroborées par les revues analytiques disponibles. En l'absence d'une description précise et détaillée des incidents qui affectent l'application informatique utilisée pour la liquidation et le règlement des prestations légales, les risques d'erreurs susceptibles d'affecter les charges, créances et dettes afférentes à ces prestations dans les comptes ne peuvent être appréciés.

Bien entendu, les constatations de la Cour à propos de la branche famille en matière d'AVPF (*cf. supra*) trouvent leur corollaire pour la branche vieillesse. Enfin, l'absence de constatation de provisions au titre des annulations de cotisations en faveur de régimes spéciaux de retraite améliore le résultat de la branche retraite du régime général dans une mesure significative.

À ces réserves, la Cour ajoute une observation : l'incidence défavorable (– 218 millions d'euros) de l'adossement du financement d'une partie des prestations du régime spécial des industries électriques et gazières sur le résultat de la branche vieillesse du régime général doit être appréciée au regard du traitement spécifique de la soulte due par les entreprises de ce secteur retenu par le haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale.

Surtout, la Cour considère que bien qu'elles soient appliquées régulièrement, les règles définissant le périmètre de combinaison des comptes ne permettent pas d'appréhender de manière exhaustive la situation financière de la branche. En dépit de l'absence totale d'autonomie de décision du FSV sur le principe et le montant des concours qu'il lui affecte, les règles d'établissement des comptes combinés de la branche vieillesse conduisent à écarter le FSV du périmètre de ces comptes. La Cour évalue à – 1,1 milliard d'euros la quote-part du résultat du FSV qui serait à rattacher au résultat de la branche au titre de 2006, portant ce dernier à – 3 milliards d'euros. L'intégration des quotes-parts de résultats cumulés antérieurs à 2006 aurait ainsi une incidence de – 3,4 milliards d'euros sur les capitaux propres de la branche vieillesse, les portant au total à 4,6 milliards d'euros au 31 décembre 2006.

À l'appui de la présentation du présent article, le rapporteur a tenu à consacrer des développements importants à ces travaux de la Cour des comptes, non seulement parce qu'il s'agit du premier rapport de certification des comptes du régime général, mais parce qu'au-delà d'un exercice comptable d'apparence aride, ainsi que le soulignait M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, lors de la présentation de ce rapport, il apporte au citoyen aussi bien qu'à la représentation nationale des éléments d'appréciation sur des problématiques sensibles. Qui doit financer les soins des étrangers en situation irrégulière ? Quelle valeur doit-on accorder aux créances détenues sur l'Etat lorsque ce dernier ne paye pas ses dettes ou les laisse croître ? Quel est l'exact besoin de financement du régime de retraite de base des salariés ? Les procédures défailtantes de l'AVPF ne font-elles pas courir le risque d'une perte de droits au détriment des assurés ?

L'État et les caisses ont d'ores et déjà commencé à tirer les conséquences des observations de la Cour : renforcement des équipes d'auditeurs comptables et accroissement du nombre de contrôles sur place ; évaluation des cotisations restant à émettre au titre de l'AVPF et mission d'audit de la gestion par les organismes de base et les caisses nationales confiée à l'Inspection générale des affaires sociales ; audit sur la sous-évaluation des dépenses hospitalières de la branche des accidents du travail ; renforcement du dispositif réglementaire permettant d'améliorer la qualité des données financières en cas de gestion par des tiers ; reconnaissance par l'État de l'intégralité de ses dettes à l'égard de la sécurité sociale dans son bilan 2006.

2. Les aménagements législatifs proposés en matière de certification

Créé par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, l'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale met en place les procédures que doivent respecter les organismes nationaux et les organismes de base des régimes obligatoires de sécurité sociale en vue de la certification. Il pose les principes, pour tous les régimes, d'une validation des comptes des organismes locaux par les organismes nationaux : les comptes annuels et infra-annuels des organismes de base de sécurité sociale, présentés par l'agent comptable, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur, sont transmis à l'organisme

national chargé de leur centralisation. Ce dernier valide ces comptes et établit le compte combiné de la branche ou de l'activité de recouvrement ou du régime.

L'article D. 114-4-2 du code de la sécurité sociale précise que les comptes combinés sont constitués par « *la combinaison selon des modalités appropriées, des comptes de l'organisme national concerné, des comptes des organismes de base ainsi que de ceux des autres organismes compris dans le périmètre de combinaison, conformément à la norme arrêtée en la matière après avis du haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale et du Conseil national de la comptabilité. Ils comportent un bilan combiné, un compte de résultat combiné et une annexe* ». Cette notion de comptes combinés est utilisée pour permettre à une entité d'intégrer dans sa comptabilité les comptes d'autres entités dans le cas où les relations entre l'entité combinante et les entités combinées sont dépourvues de liens en capital. Cette notion a fait l'objet d'un règlement du comité de la réglementation comptable homologuant un avis du Conseil national de la comptabilité.

Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base transmettent leurs comptes annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes. Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base comportant un réseau de caisses locales ou régionales transmettent les comptes combinés annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes. Les comptes des régimes de protection sociale agricole sont par ailleurs transmis au ministre de l'agriculture.

La loi a ainsi confié aux organismes nationaux un pouvoir de validation des comptes des organismes de base afin de leur permettre d'élaborer des comptes combinés de branche satisfaisant à des exigences de régularité, de sincérité et d'image fidèle. Il s'agit là d'une disposition très importante puisque les organismes locaux n'ont pas de commissaires aux comptes. Il a donc fallu que les organismes nationaux mettent en place ce dispositif de validation en définissant d'abord un référentiel commun aux branches, en le déclinant ensuite sur l'ensemble du réseau et, enfin, et surtout en le faisant pleinement et effectivement fonctionner.

Ainsi que le relevait le premier président de la Cour des comptes au cours de son audition par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales le 14 septembre 2006, « *il s'agit là d'un travail considérable, puisqu'il conduit à ce que l'agent comptable national, qui se voit reconnaître des attributions proches de celles d'un commissaire aux comptes, soit en mesure de présenter à la Cour des comptes certifiables* ». Au sein des organismes de base, l'agent comptable se voit ainsi reconnaître des attributions proches de celles d'un commissaire aux comptes de droit commun alors qu'il est lui-même le producteur et le signataire des comptes combinés qui intègrent les comptes des organismes de base validés par lui, ce qui traduit une absence d'autonomie de l'audit interne de ces organismes.

Le **I** du présent article vise à permettre une réforme du cadre réglementaire de la gouvernance comptable. D'une part, il pose un principe d'harmonisation des règles d'établissement et d'arrêté des comptes annuels et des comptes combinés annuels de l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale. D'autre part, il prévoit que seront précisés par décret en Conseil d'Etat les rôles respectifs du directeur, de l'agent comptable et du conseil d'administration, permettant d'identifier les interlocuteurs successifs du certificateur (Cour des comptes pour les branches et les caisses du régime général, commissaires aux comptes pour les autres organismes nationaux de sécurité sociale et pour les organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes).

Par ailleurs, l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale dispose que les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins. Une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire précise les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes, auxquels les magistrats, conseillers maîtres en service extraordinaire et rapporteurs de la Cour des comptes peuvent demander tous renseignements sur les sociétés qu'ils contrôlent.

C'est précisément cet article L. 114-8, qui doit s'appliquer au plus tard aux comptes de l'exercice 2008, que le **II** du présent article propose de compléter, afin d'assurer la circulation de l'information dans les deux sens.

Il s'agit d'une part de prévoir que les commissaires aux comptes communiquent leurs rapports aux autorités de tutelle ainsi qu'à celles chargées de l'approbation des comptes annuels, qui peuvent leur demander tout renseignement sur l'activité de l'organisme contrôlé. Les commissaires sont dès lors déliés du secret professionnel. Ils sont en outre tenus de signaler dans les meilleurs délais toute violation aux dispositions législatives et réglementaires susceptible d'avoir des effets significatifs sur les comptes ou tout fait de nature à entraîner le refus de la certification des comptes ou l'émission de réserves, aussi bien pour les organismes proprement dits que, le cas échéant, pour les entités entrant dans le périmètre d'établissement des comptes combinés. Leur responsabilité ne peut être engagée pour les informations ou divulgations de faits auxquelles ils procèdent en exécution de ces dispositions.

D'autre part, le dispositif proposé permet aux autorités de tutelle ainsi qu'à celles chargées de l'approbation des comptes annuels de transmettre aux commissaires aux comptes les informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission, sous couvert du secret professionnel, ainsi que des observations écrites auxquelles ils sont tenus de répondre en cette forme.

La commission a *adopté* six amendements rédactionnels du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

La commission a *adopté* l'article 23 ainsi modifié.

Après l'article 23

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian visant à ce qu'en cas de dépassement du montant du plafond de trésorerie autorisé pour le régime général, les missions d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale des deux assemblées émettent un rapport commun contenant des propositions de mesures permettant un retour à un niveau d'endettement social acceptable et soutenable pour les générations futures.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a émis un avis défavorable à cet amendement, faisant valoir que, s'il procède d'un souci parfaitement légitime, les risques de dépassement de ce plafond sont néanmoins limités en raison de l'existence d'une « procédure d'alerte ». Il convient en effet de rappeler que la ligne de trésorerie fixée pour le régime général ne pourra être modifiée qu'au terme d'une procédure contraignante qui fait intervenir le conseil de surveillance, nécessite l'adoption d'un décret en Conseil d'État et impose la saisine des commissions des affaires sociales des deux assemblées, ainsi que la ratification de ce décret dans le cadre du plus proche projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Jean-Marie Le Guen a jugé que le risque de dépassement du plafond de trésorerie pose un problème de constitutionnalité au regard de la sincérité et de la transparence des comptes de la sécurité sociale approuvés par la représentation nationale. La trésorerie actuelle n'est plus une vraie trésorerie mais un instrument de dissimulation de la dette de la sécurité sociale. Si une entreprise privée avait recours à de telles méthodes, elle aurait été mise en faillite depuis longtemps et la responsabilité de ses dirigeants aurait été mise en cause. Le déficit de trésorerie actuel n'est plus de la trésorerie, mais de la dette cachée. Cela revient à porter atteinte à la sincérité des comptes et des provisions. De ce point de vue, l'amendement proposé par M. Dominique Tian permet un début de moralisation.

M. Dominique Tian a rappelé que le déficit de trésorerie entraîne des intérêts financiers de trésorerie d'un montant de 670 millions d'euros en 2007.

M. Jean-Luc Prél a estimé que ce débat rejoint celui qui a eu lieu sur son amendement visant à augmenter la contribution pour le remboursement de la dette sociale et rejeté par la commission. Il a rappelé que le besoin de trésorerie du régime général s'élève à 36 milliards d'euros et que les besoins de trésorerie de l'ensemble des régimes de protection sociale s'élèvent à 45 milliards d'euros. Il a toutefois considéré que la véritable solution consisterait à abaisser le plafond de trésorerie autorisé.

M. Pierre Morange a estimé que l'amendement présenté est un « amendement d'appel » qui a le mérite d'ouvrir le débat sur un sujet important. Cependant, l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale ne constitue pas la meilleure occasion pour avancer sur le sujet.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a observé que les lois de financement de la sécurité sociale ont pour vertu de mettre les chiffres sur la table et d'assurer ainsi une transparence qui n'existait pas auparavant. Il a émis toutefois un avis défavorable sur cet amendement, contestant son opportunité.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 24

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

En vertu du *e* du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources* ». Le présent article donc porte habilitation de certains régimes et organismes à recourir des ressources non permanentes.

Le présent article traduit en termes de financement les conséquences des tableaux d'équilibre pour 2008 approuvés aux articles 20 et 21. En 2007 (article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007), sept régimes ou organismes avaient été autorisés à recourir à des ressources non permanentes : régime général, Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE), Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), Caisse nationale des industries électriques et gazières (IEG) et Caisse de retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens (RATP). S'y ajouterait en 2008 la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français (SNCF).

Bien entendu, la notion de besoin de trésorerie ne doit pas être confondue avec celle de besoin de financement, qui s'apprécie non au jour le jour, mais sur un exercice donné par comparaison de l'ensemble des charges et des produits. Si un besoin de trésorerie apparaît, même ponctuel, il doit être couvert par une avance, c'est-à-dire par des ressources non permanentes.

Une telle situation peut se présenter sans qu'il y ait nécessairement par ailleurs un besoin de financement, comme le montrent d'ailleurs certains des régimes faisant l'objet de du présent article : les profils de trésorerie traduisent

souvent un simple décalage entre les calendriers des encaissements et des tirages, tandis que l'ACOSS procède à des opérations pour compte de tiers (recouvrement de CSG pour le compte du FSV, des autres régimes d'assurance maladie et de la CNSA, recouvrement de CRDS pour le compte de la CADES, recouvrement de la contribution de solidarité pour la CNSA, versement de prestations pour le compte de l'État ou des départements).

1. Le régime général

En progression de 8 milliards d'euros par rapport à la limite fixée pour 2007, le plafond de ressources non permanentes du régime général serait porté à 36 milliards d'euros.

En 2007, seul l'apurement de 5,1 milliards de dettes de l'État, réalisé le 5 octobre, a permis de respecter le montant inscrit en loi de financement, le point bas ayant été passé le 25 septembre – au lendemain de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale... – à un niveau de 24,5 milliards d'euros. Durant l'année, la trésorerie demeurerait toujours négative, le « point haut », le 7 février, s'étant situé à niveau de – 4,2 milliards d'euros.

Le passage du solde à la variation de trésorerie traduit l'importance du versement effectué par l'État : avec un déficit de 11,7 milliards d'euros de déficit, la trésorerie de l'ACOSS ne se dégraderait que 9,3 milliards d'euros, compte tenu par ailleurs des insuffisances de remboursement du FSV (– 400 millions d'euros) et de l'État au titre des exonérations (– 1 milliard d'euros) et des prestations (– 200 millions d'euros), du décalage dans le versement de dotations à certains fonds (+ 200 millions d'euros), des décalages temporels entre droits constatés et données de trésorerie (– 900 millions d'euros), de diverses autres corrections (+ 200 millions d'euros), de la gestion au titre des tiers (– 500 millions d'euros) et d'un remboursement à la CADES (65 millions d'euros).

Cela étant, 2007 marquerait un nouvel accroissement des frais financiers : avec un montant quotidien mobilisé moyen de 16,1 milliards d'euros, contre 8,8 milliards d'euros en 2006, le résultat financier net de la trésorerie du régime général passerait à – 666,3 millions d'euros contre – 272 millions d'euros l'année précédente.

L'ACOSS a pourtant réussi à diminuer son coût de financement, réduit dès 2006 de plus de 5 points de base grâce à une meilleure gestion de sa dette.

D'une part, la convention du 21 septembre 2006 conclue avec la Caisse des dépôts et consignations a été mise en œuvre. Fixant les frais de tenue du compte unique de disponibilités courantes (3,8 millions d'euros par an), elle a surtout permis d'instaurer une nouvelle tarification des emprunts fondée sur cinq types d'avances (du jour même à trente jours) et sur de nouveaux placements (certificats de dépôts de moins de trois semaines à un mois). Le gain pour les avances à 24 heures va ainsi jusqu'à 6,5 points de base pour celles d'un montant

supérieur à 3 milliards d'euros. En contrepartie, l'ACOSS s'engage sur des prévisions à trois mois.

D'autre part, l'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a autorisé l'ACOSS à émettre des billets de trésorerie, ce qu'elle a fait dès la fin de l'année 2006 à hauteur de 5 milliards d'euros, pour un encours moyen d'environ 2,4 milliards d'euros durant l'année 2007. En outre, par ce biais, l'ACOSS s'est prêtée à une « opération de financement croisé », ainsi que l'annexe 9A qualifie cet ingénieux montage, qui a permis, au tournant de 2006 et 2007, de minorer l'encours de la dette au sens des critères communautaires de convergence, grâce à une émission auprès de la seule Caisse de la dette publique.

Moins coûteuse que les avances prédéterminées de la Caisse des dépôts et consignations, l'émission de billets de trésorerie a permis à l'ACOSS de réaliser 560 000 euros d'économies entre janvier et juillet, auxquels s'ajoutent 35 000 euros provenant de l'optimisation des volumes d'avances à 24 heures de la Caisse des dépôts et consignations.

La crise de liquidités survenue au mois d'août a eu pour conséquence une forte hausse de la marge des billets de trésorerie émis par l'ACOSS, qui a atteint 25 points de base au dessus du taux de référence Eonia (*Euro overnight index average*), soit l'équivalent du coût des avances à 24 heures auprès de la Caisse des dépôts et consignations. Dès lors, l'ACOSS s'est repliée sur les avances prédéterminées mobilisées auprès de la Caisse. Le coût de cette crise monétaire est estimé à ce jour à 300 000 euros, mais la décision de la Banque centrale européenne, le 6 septembre dernier, de reporter la hausse de taux de 25 points de base entraîne une économie de l'ordre de 4,5 millions d'euros pour le seul mois de septembre.

Au 1^{er} janvier 2008, le déficit de trésorerie atteindrait 21,9 milliards d'euros (contre 12,5 milliards d'euros un an plus tôt), mais 29,9 milliards d'euros au 31 décembre. La différence en cours d'exercice – soit 8 milliards d'euros – serait légèrement inférieure au montant du déficit du régime général tel qu'approuvé à l'article 20 du présent projet (– 8,9 milliards d'euros), en raison des versements prévus en loi de finances rectificative pour 2007 et réalisés en janvier 2008 au titre de la compensation des allègements généraux et des exonérations sur les heures supplémentaires (1,3 milliard d'euros) ainsi que de l'amélioration de la situation du FSV, qui réduirait sa dette à l'égard de la CNAV (500 millions d'euros).

Pour un solde moyen au cours de l'exercice estimé à 18,1 milliards d'euros, le point bas de trésorerie, au 13 octobre 2008, se situerait à 34,5 milliards d'euros, pour remonter à 30 milliards d'euros en fin d'exercice : aux 2 milliards d'euros de décalage habituellement constatés entre la date de ce point bas et le 31 décembre s'ajouteraient en 2008 les nouvelles contraintes liées à la mise en œuvre de l'exonération des heures supplémentaires et de sa compensation. La concentration des exonérations sur les « mois trimestriels » créerait en effet un

creux en octobre, tandis que le versement de la taxe sur les véhicules des sociétés, affectée à cette compensation, n'intervient qu'en toute fin d'année.

Le plafond proposé par le présent article autorise donc une marge de 1,5 milliard d'euros par rapport à l'estimation du point bas de trésorerie, marge comparable à celle qui avait été retenue au cours des exercices précédents. Le rapporteur précise toutefois que ce montant a été construit à partir d'une hypothèse de neutralité sur la trésorerie du régime général du passage à la tarification à l'activité à 100 % dans les hôpitaux.

Au-delà, la question de la capacité de l'ACOSS à gérer un plafond plus élevé de ressources non permanentes pourrait rapidement se poser. En effet, elle demeure largement tributaire, indépendamment du progrès apporté par le recours aux billets de trésorerie, de son refinancement auprès de la Caisse des dépôts et consignations. Or un précédent a déjà montré les difficultés que le financement de sommes aussi importantes pouvait susciter pour la Caisse des dépôts. En effet, le niveau atteint par le plafond d'avances de trésorerie en loi de financement pour 2004, soit 33 milliards d'euros, l'avait conduit à refuser de s'engager pour la totalité du montant. L'ACOSS avait dès lors été contrainte d'émettre des emprunts sur les marchés, avant que la reprise par la CADES de 50 milliards d'euros ne vienne régler la situation.

Pour 2008, le financement des 36 milliards d'euros inscrits en loi de financement, pour peu qu'aucune crise de liquidités ne vienne remettre en cause la possibilité pour l'ACOSS de faire appel à des billets de trésorerie, devrait certes se dérouler dans de bonnes conditions. Compte tenu des perspectives du régime général pour 2009, les difficultés deviendraient en revanche nettement plus aiguës au cours de cet exercice, ce qui plaide pour que soit instamment trouvée au cours de l'année prochaine une solution à la prise en charge de déficits cumulés atteignant des niveaux qui exigeraient des solutions adaptées à une dette de long terme alors qu'elle est actuellement traitée comme une dette de court terme.

2. Le régime des exploitants agricoles

Par une convention de mandat, le FFIPSA a délégué la gestion de sa trésorerie à la CCMSA, qui finance l'emprunt pour son compte auprès d'un syndicat bancaire choisi après mise en concurrence et avec lequel la CCMSA a conclu une convention d'ouverture de crédit à court terme. Elle comprend deux tranches : A sous forme de découvert au taux Eonia et B par avis de tirage au taux Euribor.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2007, la Cour des comptes critique ce dispositif, estimant que « *le FFIPSA ne peut compléter le financement des prestations des exploitants agricoles gérés par les caisses de MSA qu'en demandant à la Caisse centrale de [la] MSA de procéder à un emprunt (de 3,1 milliards d'euros) pour financer son découvert* ». Elle relève que « *cet emprunt a été garanti par une lettre de confort* ».

du FFIPSA alors même que celui-ci présente une situation nette négative justifiant le recours à cet emprunt » et que le fonds ne dispose évidemment pas des ressources ou des actifs qui lui permettraient de faire face à ces engagements, et ce encore moins au vu des prévisions d'évolution de son besoin de financement.

La conclusion de la Cour condamne cette architecture : « *Dès lors que l'État a confirmé à l'occasion de l'établissement de son bilan d'ouverture qu'il ne considèrerait pas le FFIPSA comme un opérateur de l'État dont il aurait à reprendre la situation nette dans son bilan, le montage actuel dissimule le déficit réel du régime des exploitants agricoles.* »

Fixé à 7,1 milliards d'euros pour 2007, le plafond de ressources non permanentes du régime des exploitants agricoles sera suffisant, le point bas ne devant pas dépasser – 5,7 milliards d'euros, pour un solde moyen qui devrait s'élever à – 4,7 milliards d'euros.

Au 1^{er} janvier 2008, l'encours du FFIPSA serait de – 4,8 milliards d'euros, soit une dégradation de 1,7 milliard d'euros par rapport au 1^{er} janvier 2007, correspondant au déficit de l'exercice (2,3 milliards d'euros) minoré de la reprise par l'État de la dette héritée du BAPSA (619 millions d'euros), mais connaîtrait son point bas fin décembre 2008, à près de – 7,9 milliards d'euros, pour une moyenne annuelle de – 6,6 milliards d'euros, tenant compte, comme au cours des années passées, du paiement anticipé en fin d'année des droits sur les tabacs. En fin d'exercice, le besoin de trésorerie serait de 7,5 milliards d'euros, soit une dégradation de la situation à hauteur du déficit prévu (2,7 milliards d'euros).

Dès lors, il est proposé de porter à 8,4 milliards d'euros le plafond de recours à des avances de trésorerie en 2008.

3. La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

En diminution en 2007 (+ 111 millions d'euros), le résultat net de la caisse serait en hausse si l'on en croit le « tendanciel » 2008 (+ 391 millions d'euros) et même davantage après prise en compte des mesures 2008 (+ 426 millions d'euros).

C'est pourquoi le plafond de ressources non permanentes applicable à la CNRACL, fixé à 350 millions d'euros pour 2007, alors que le point bas (au 26 avril) n'a atteint que – 169 millions d'euros, peut être ramené à 250 millions d'euros en 2008.

Le point bas, toujours au 26 avril, ne serait que de – 39 millions d'euros, mais une marge a paru nécessaire compte tenu des incertitudes liées au changement de comportement des collectivités locales en matière de versement des cotisations suite à la mise en place du règlement par virement interbancaire et de l'évolution des validations de services.

4. Le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État

Le fonds serait très proche de l'équilibre tant en 2007 (– 5 millions d'euros) que dans le « tendancier » 2008 (– 2 millions d'euros), sous l'effet d'une forte progression de la subvention d'équilibre. En 2007, le FSPOEIE ne devrait pas avoir besoin de recourir à l'emprunt, le point bas de sa trésorerie étant estimé à + 98 millions d'euros (au 1^{er} août).

Cela étant, comme en 2007, le plafond de ressources non permanentes du FSPOEIE est fixé à 150 millions d'euros pour 2008. L'intention est de conserver une marge de manœuvre suffisante, à savoir un mois de trésorerie, en cas de décalage, en début d'année, dans le premier versement de l'État qui, depuis l'application de la loi organique relative aux lois de finances, ne peut intervenir avant le 20 janvier.

5. La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines

En hausse en 2007 (191 millions d'euros), le déficit se réduirait dans le « tendancier » 2008 (79 millions d'euros), principalement en raison des évolutions des transferts de compensation bilatérale bénéficiant à la branche maladie.

Fixé à 200 millions d'euros pour 2007, le plafond de ressources non permanentes de la CANSSM devrait largement couvrir le point bas de l'exercice, évalué à – 69 millions d'euros (au 23 décembre). Le plafond devrait passer à 400 millions d'euros en 2008, pour un point bas de trésorerie qui atteindrait - 370 millions d'euros (en fin d'exercice). La marge de 30 millions d'euros permet de tenir compte de l'incertitude de la date de réalisation de différentes cessions d'immobilisations, dont le montant devrait atteindre 170 millions d'euros en 2008.

6. La Caisse nationale des industries électriques et gazières

Excédentaire en 2007 grâce au produit de la contribution tarifaire d'acheminement perçue sur les prestations de transport et de distribution de gaz et d'électricité, la caisse ne dégagerait qu'un bénéfice de 7 millions d'euros dans le « tendancier » 2008. Elle assure à la fois le versement des retraites de base (adossées sur le régime général) et complémentaires (adossées sur l'ARRCO-AGIRC), mais c'est seulement au titre des droits de base que le plafond de ses ressources non permanentes peut être fixé en loi de financement.

Fixé à 500 millions d'euros pour 2007, ce plafond a permis de passer le point bas de – 483 millions d'euros constaté au 2 juillet. Le plafond est augmenté à 550 millions d'euros en 2008, pour un point bas attendu exactement égal à celui de 2007 (– 483 millions d'euros). Il s'agit essentiellement de faire face au décalage entre le versement trimestriel des pensions par la CNIÉG et le rythme des transferts de la CNAV (au début d'un mois au titre du mois précédent).

7. La Caisse de retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens

De même que celui des industries électriques et gazières, le régime de retraite de la RATP a été adossé au régime général fin 2005, ce qui s'est notamment traduit par la création d'une Caisse de retraites du personnel chargée de reprendre les obligations de la RATP en matière de pensions de ses personnels. Depuis 2006, ce régime est structurellement équilibré par une subvention de l'État, dans l'attente de la conclusion de conventions financières avec la CNAV et les institutions de retraite complémentaire destinées à mettre en place cet adossement.

Dès lors, grâce la subvention de l'État, le plafond de trésorerie prévu en loi de financement pour 2007 s'est révélé superfétatoire. Comme en 2007, le plafond de ressources non permanentes de la CRPRATP pour 2008 est donc fixé à 50 millions d'euros en 2008, afin de prendre en compte les conséquences de la mise en œuvre de l'adossement de ce régime spécial au régime général.

8. La Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français

Le régime spécial de la SNCF garantit pour l'ensemble des risques les agents actifs et retraités ainsi que leurs familles. Afin de satisfaire aux normes comptables communautaires, le décret n° 2007-730 du 7 mai 2007 a créé une Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français, dotée de la personnalité morale, qui succède à la caisse de retraite et à la caisse de prévoyance. La mise en place de ce nouvel organe s'est accompagnée de la modification des taux des cotisations sociales patronales, associant, pour la branche vieillesse, un taux fondé sur l'application des règles de droit commun et un taux forfaitaire pour le financement des droits spécifiques de ce régime. Compte tenu d'une pyramide des âges défavorable, la part de la subvention d'équilibre de l'État s'accroît année après année, pour atteindre 2,9 milliards d'euros en 2008.

C'est donc la première année que la loi de financement doit fixer un plafond d'emprunt pour cette caisse. Jusqu'au 31 décembre 2007, c'est la SNCF qui, en vertu d'un mandat de gestion, assume la responsabilité de la trésorerie de la CPRPSNCF. Celle-ci devra conclure en 2008 une convention de gestion de trésorerie avec des partenaires financiers, mais, dans l'attente de la mise en place du nouveau dispositif, elle devrait continuer à recourir aux services de la SNCF, par voie de convention de gré à gré.

Le plafond pour 2008 est fixé à 1,7 milliard d'euros, pour un point bas (début janvier) estimé à près de 1,6 milliard d'euros, comprenant une dette de 186 millions d'euros de l'État à l'égard du régime. Compte tenu de la nouveauté de l'exercice, cette marge de 7,6 % par rapport aux estimations permettra de faire face à un profil de trésorerie traduisant le décalage entre le versement des

pensions, selon un rythme trimestriel, et l'encaissement des cotisations, selon un rythme mensuel, créant ainsi d'importants besoins au début de chaque trimestre que le versement de la subvention d'équilibre de l'État ne permet pas de lisser.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

La commission a *adopté* l'article 24 ainsi modifié.

Puis la commission a *adopté* la troisième partie du projet de loi ainsi modifiée.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2008

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Avant l'article 25

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard tendant à instaurer un fonds national pour la promotion de la nutrition.

Mme Martine Billard a rappelé que la nutrition soulève des enjeux majeurs pour la santé publique mais aussi pour la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, tout en reconnaissant l'importance de la question de la nutrition, s'est déclaré défavorable à l'amendement au motif qu'il s'agit d'une question de santé publique qui relève principalement de la compétence de l'État, et non pas du champ de la loi de financement de la sécurité sociale.

M. Jean-Marie Le Guen a au contraire estimé opportun d'introduire de telles dispositions, en jugeant cette question beaucoup trop importante pour être remise à la discussion de la prochaine loi de santé publique.

M. Denis Jacquat a estimé que si de tels dispositifs ne relèvent pas du champ des lois de financement de la sécurité sociale, il est vrai que la politique de prévention mérite également d'être prise en compte.

M. Benoist Apparu a par ailleurs rappelé que le gouvernement a déjà élaboré un plan national nutrition santé, qui répond pleinement aux préoccupations que traduit cet amendement.

Le président Pierre Méhaignerie a souligné quant à lui que des initiatives peuvent utilement être prises en la matière par les collectivités locales, qui sont capables de mettre en œuvre des dispositifs de prévention parfois plus efficaces et administrativement moins compliqués que ceux qui sont pilotés au niveau national. Il s'agit là par ailleurs d'une question qui doit être débattue dans le cadre du Grenelle de l'environnement.

Mme Martine Billard a néanmoins jugé nécessaire d'assurer un tel financement au niveau national, en estimant que l'on ne peut traiter les problèmes de l'assurance maladie de manière uniquement comptable.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 25

Modifications de la procédure d'alerte et des modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels prévoyant des revalorisations tarifaires

Cet article a pour objet de modifier les conditions d'application des accords conventionnels prévoyant de revaloriser les tarifs des professionnels de santé, d'une part, et d'aménager la procédure d'alerte instituée par l'article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, d'autre part, afin notamment de mieux y associer les organismes d'assurance maladie complémentaire.

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à supprimer les dispositions prévoyant une période d'observation de six mois avant l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles de revalorisation tarifaire.

M. Jean-Luc Prével a estimé que ces dispositions entrent en contradiction avec les principes posés par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui visait à responsabiliser et à renforcer le rôle des partenaires conventionnels, et pourraient également être interprétées comme une remise en cause de l'autorité du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a souligné l'importance des dispositions prévues par cet article, qui vise à renforcer le suivi de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Un amendement sera par ailleurs proposé concernant les dispositions relatives à la procédure d'alerte, afin que l'application des accords conventionnels prévoyant des revalorisations tarifaires ne puisse être suspendue si le dépassement n'est pas lié à l'évolution des dépenses de soins de ville.

M. Jean-Marie Le Guen a observé que parfois, c'est le gouvernement qui intervient auprès des partenaires conventionnels, en l'occurrence l'UNCAM, pour que des revalorisations tarifaires soient accordées aux professionnels de santé, comme on l'a vu au printemps dernier.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a également *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à supprimer la référence au délai de six mois prévu pour l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles de revalorisation tarifaire.

La commission a ensuite examiné deux amendements en discussion commune :

– le premier de Mme Martine Billard prévoyant que le comité d'alerte émet un avis sur la compatibilité des mesures de revalorisation tarifaire avec le respect de l'ONDAM voté par le Parlement et s'assure du respect des objectifs contractualisés par voie conventionnelle ;

– le second de M. Jean-Marie Le Guen visant à subordonner l'ouverture de négociations tarifaires au respect des engagements pris par les partenaires conventionnels.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, estimant qu'ils relèvent essentiellement d'une maîtrise comptable des dépenses, la commission a *rejeté* les amendements.

Elle a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à restreindre la suspension de l'entrée en vigueur des mesures conventionnelles de revalorisation tarifaire aux seuls cas dans lesquels le déclenchement de la procédure d'alerte est motivé par un risque de dépassement du sous-objectif des dépenses de soins de ville.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué que l'amendement suivant, dont la rédaction est préférable, permet de répondre à cette préoccupation.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Puis la commission a *adopté* trois amendements du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail :

– le premier, cosigné par M. Jean-Luc Prével, prévoyant que l'entrée en vigueur d'une mesure conventionnelle de revalorisation tarifaire ne peut être suspendue s'il apparaît que le risque sérieux de dépassement de l'ONDAM n'est pas imputable à l'évolution du sous-objectif des soins de ville ;

– le deuxième prévoyant la consultation des partenaires conventionnels avant que l'entrée en vigueur des mesures de revalorisations tarifaires ne soit suspendue ;

– le dernier rédactionnel.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant que le comité d'alerte saisit également l'Union nationale des professions de santé (UNPS) en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'ONDAM.

La commission a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur prévoyant que toute mesure conventionnelle ayant pour effet de revaloriser les tarifs des honoraires est transmise pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

La commission a ensuite *rejeté* un amendement de M. Claude Leteurtre prévoyant la consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé sur les dispositions conventionnelles susceptibles de comporter des incidences sur le financement et le fonctionnement de ces établissements, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant souligné la complexité d'un tel dispositif.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Yves Bur ayant pour objet d'instituer une période d'observation de six mois avant l'entrée en vigueur des dispositions législatives ou réglementaires et de tout accord national ayant pour effet une aggravation des charges des établissements de santé.

M. Yves Bur a rappelé que les hôpitaux eux aussi voient leurs charges de personnel alourdies par des mesures prises indépendamment de la fixation de l'ONDAM. Le dispositif proposé vise donc à appeler le gouvernement à mieux articuler la construction et le suivi de l'ONDAM avec la négociation de telles mesures.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé que ces dispositions seraient accueillies très sévèrement par les personnels hospitaliers, qui n'ont pas de responsabilité de gestion, contrairement aux médecins libéraux. Dans le contexte actuel, il convient de réfléchir par deux fois avant d'adresser de nouvelles provocations à l'endroit du monde hospitalier !

M. Jean-Luc Préel a rappelé que les charges de personnel représentent 70 % des dépenses des hôpitaux. Or les négociations salariales relatives à la fonction publique sont déconnectées de l'examen de l'ONDAM, sur lequel elles ont pourtant un impact majeur, puisqu'il faut financer les charges supplémentaires qu'elles créent.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'amendement, estimant qu'au-delà de la question de son opportunité, le terme de « charges » des établissements est insuffisamment précis.

M. Benoist Apparu s'est interrogé sur la prise en compte des revalorisations annuelles accordées aux fonctionnaires dans ce dispositif, qui pourrait conduire à ce qu'une mesure de revalorisation annuelle commune aux trois fonctions publiques soit appliquée à la fonction publique hospitalière avec six mois de retard par rapport aux autres fonctionnaires.

M. Yves Bur a alors *retiré* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél tendant à ce que les fédérations d'établissements de santé soient associées à la fixation des forfaits d'imagerie médicale que leurs adhérents facturent aux patients.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est opposé à l'amendement, au motif que la fixation de ces forfaits relève du champ de la négociation conventionnelle.

M. Jean-Marie Le Guen a marqué son accord avec cet amendement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* l'article 25 ainsi modifié.

Après l'article 25

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard prévoyant que la commission de la transparence ne peut comporter de représentants des fabricants de produits pharmaceutiques.

Mme Martine Billard a précisé que cet amendement vise à éviter les pressions des laboratoires pharmaceutiques, qui ne doivent intervenir ni dans l'évaluation du service médical rendu ni dans la fixation du prix des médicaments.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est opposé à l'amendement, en rappelant que les représentants de l'industrie pharmaceutique ne disposent pas du droit de vote au sein de cette commission.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que cette commission ne décide pas du prix des médicaments.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 26

Extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable

Cet article propose d'élargir la procédure de mise sous entente préalable, actuellement limitée à la prescription d'arrêts de travail et de transports, aux autres domaines de prescription des médecins.

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Luc Prélé visant à exclure du champ de la procédure de mise sous accord préalable la « réalisation » des actes médicaux, suivant l'avis favorable de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, qui a souligné la complexité de la procédure en cause s'agissant de la réalisation des actes et prestations.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a ensuite *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prélé prévoyant que le directeur de la caisse d'assurance maladie est tenu de suivre l'avis de la commission paritaire en matière de pénalité financière.

La commission a ensuite *adopté* l'article 26 ainsi modifié.

Article 27

Renforcement de l'encadrement des transports des assurés en taxi

Cet article vise, afin de réguler les dépenses d'assurance maladie, à subordonner le remboursement des transports d'assurés sociaux effectués en taxi à la conclusion d'une convention entre l'assurance maladie et les entreprises de taxis.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard posant l'obligation pour les établissements hospitaliers de communiquer aux assurés la liste des entreprises de taxis conventionnées par l'organisme local d'assurance maladie.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré favorable au principe de l'amendement, qui vise à améliorer l'information des assurés, se demandant cependant s'il ne serait pas plus opportun de confier cette responsabilité aux caisses d'assurance maladie.

Le président Pierre Méhaignerie s'est déclaré préoccupé par l'accumulation des contraintes administratives imposées aux établissements hospitaliers.

M. Denis Jacquat a indiqué que certains hôpitaux fournissent déjà une liste des ambulances et des taxis conventionnés.

La commission a *adopté* l'amendement, puis l'article 27 ainsi modifié.

Article 28

Amélioration de l'information des assurés et du contrôle des caisses d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires

Cet article vise à renforcer l'information des assurés sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé libéraux en instituant un dispositif spécifique pour les actes coûteux, assorti de pénalités financières.

*

La commission a examiné un amendement de M. Yves Bur prévoyant que le professionnel de santé est tenu de remettre à son patient, dès lors que ses honoraires dépassent le tarif opposable, une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que le montant du dépassement facturé, et visant à renforcer l'obligation d'affichage de leurs tarifs par ces professionnels.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné le caractère « cosmétique » des dispositions prévues par cet article.

Après avoir rappelé que l'obligation d'affichage des tarifs est d'ores et déjà prévue par un arrêté, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, s'est déclaré favorable au principe de l'amendement.

M. Yves Bur a fait valoir que selon l'exposé des motifs de l'article 28, de moins en moins de médecins respectent les dispositions de l'arrêté du 11 juin 1996.

La commission a *adopté* l'amendement. Elle a également *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse prévoyant que l'inobservation de l'obligation de présenter une information préalable écrite aux patients sur le tarif des actes et le montant du dépassement facturé peut faire l'objet d'une sanction financière égale au triple du dépassement facturé.

Mme Jacqueline Fraysse a estimé que dans ce domaine le comportement de certains médecins s'apparente parfois à de l'escroquerie et qu'il fallait donc rendre plus dissuasif le dispositif de sanctions prévu par cet article.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est opposé à l'amendement, rappelant que la direction

générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) effectue des contrôles dans ce domaine, qui relève également du conseil de l'ordre des médecins.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a également *rejeté* deux amendements :

– le premier de Mme Jacqueline Fraysse prévoyant d'appliquer le même type de sanctions lorsque les prescriptions relatives à l'obligation d'afficher dans la salle d'attente des professionnels de santé les coûts et les conditions des remboursements ne sont pas respectées ;

– le second de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant que l'arrêté fixant les tarifs remboursables des actes au-delà desquels une information écrite préalable du patient est obligatoire doit comporter une expression chiffrée objective encadrant le critère de « tact et mesure » prévu par le code de déontologie ;

– le dernier de Mme Martine Billard prévoyant que la proportion chiffrée que le dépassement ne peut excéder est fixée, par arrêté, dans la limite de 15 % pour les actes techniques.

Puis la commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant que le Conseil national de l'ordre des médecins est consulté sur la nature des dépassements d'honoraires excédant « le tact et la mesure » avant qu'une pénalité financière soit prononcée à l'encontre d'un professionnel.

M. Yves Bur s'est interrogé sur le point de savoir comment concrètement on pourrait obliger le Conseil de l'ordre à se prononcer sur la notion « de tact et de mesure ». Il a observé que, d'une manière générale, le Conseil ne remplit pas toutes les missions que lui a fixées la puissance publique. Enfin, il semble qu'en ce qui concerne la définition du tact et de la mesure, il y ait une jurisprudence du Conseil d'État.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué qu'il n'y avait pas de jurisprudence de cette portée, car seuls les tribunaux des affaires sociales avaient rendu des arrêts dans ce domaine. Par ailleurs, si ce n'est pas l'ordre, qui appréciera cette notion de tact et mesure ?

M. Jean-Marie Le Guen a jugé pour le moins problématique que le prix d'une prestation soit déterminé par un organisme professionnel, **M. Denis Jacquat** s'interrogeant également sur l'opportunité de l'amendement.

Le rapporteur a *retiré* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Yves Bur tendant à préciser que les dispositions conventionnelles prévoient les conditions dans lesquelles les médecins spécialistes s'engagent à respecter une proportion minimale d'actes sans dépassement d'honoraires.

M. Yves Bur a jugé préoccupant qu'il y ait de moins en moins d'offre de médecins spécialistes pratiquant sans dépassement d'honoraires sur certains territoires. C'est la raison pour laquelle les partenaires doivent mettre en place, par des conventions, un dispositif prévoyant que les médecins spécialistes exerçant en secteur 2 respectent les tarifs opposables sur une part de leur activité libérale.

M. Jean-Marie Le Guen, marquant son accord avec l'esprit de l'amendement, a cependant estimé qu'une telle obligation ne devrait pas relever des conventions, mais être mise en place par les pouvoirs publics, puisqu'il s'agit d'assurer l'égalité dans l'accès aux soins.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a jugé qu'au contraire cette question relève pleinement de la responsabilité des partenaires conventionnels.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* l'article 28 ainsi modifié.

Après l'article 28

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard visant à supprimer la possibilité donnée aux médecins spécialistes conventionnés de pratiquer un dépassement d'honoraires lorsque l'assuré vient les consulter sans avoir consulté préalablement son médecin traitant.

Article 29

Prise en compte du critère médico-économique dans les avis et recommandations de la Haute autorité de santé

Cet article vise à étendre les missions de la Haute autorité de santé en lui confiant la compétence d'établir des recommandations et avis à caractère médico-économique sur les stratégies de soins, de prescriptions ou de prises en charge les plus efficaces, c'est-à-dire de mettre en regard leur intérêt d'un point de vue médical et scientifique et leur coût pour la collectivité.

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à préciser que la Haute autorité de santé est fondée à prendre en compte les données de

nature médico-économiques dans les avis et recommandations liés à l'exercice de ses missions, « afin de promouvoir les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces ».

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que lors de sa création en 2004, l'Assemblée nationale s'est prononcée contre le fait que la Haute autorité de santé puisse exercer une quelconque responsabilité médico-économique et a fait valoir que cette instance manquait de moyens pour faire face à ses actuelles missions.

M. Yves Bur a souligné que la Haute autorité de santé, parmi toutes les instances créées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, est l'une de celles qui s'est mise en place le plus vite. Qu'il y ait des progrès à faire, sans doute, mais il reste qu'elle s'est ensuite imposée comme une véritable autorité indépendante.

M. Pierre Morange a rappelé que la Haute autorité, qui compte 400 salariés, est investie de très larges missions et rencontre des difficultés liées aux délais de transmission de certaines informations de la part d'autres instances, comme l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), ainsi qu'il a été indiqué à la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). Cependant, d'ici la fin de l'année 2008, la Haute autorité de santé devrait être pleinement opérationnelle.

Mme Catherine Lemorton a regretté que la Haute autorité de santé commence par s'intéresser aux produits de santé anciens alors qu'elle devrait plutôt se pencher sur les nouveaux.

M. Jean-Luc Prével a estimé que la Haute autorité de santé ne serait pas dans son rôle si elle était appelée à donner des avis de nature économique.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé qu'il appartient au gouvernement de décider si un médicament doit être pris en charge par la collectivité, après l'intervention de multiples instances, à savoir l'AFSSAPS, la commission de la transparence et le Comité économique des produits de santé (CEPS). Dès lors, la Haute autorité de santé ne doit pas sortir du rôle qui est le sien pour juger que tel ou tel médicament ne doit pas être remboursé car il coûte trop cher. C'est à l'État, et à lui seul, de le dire.

M. Pierre Morange a observé que l'amendement ne vise pas à demander à la Haute autorité de santé de prendre des décisions. Elle ne formulera qu'un avis après avoir pris en compte des paramètres médico-économiques.

M. Yves Bur a estimé qu'en effet il n'appartient pas à la Haute autorité de santé de prendre des décisions en matière de remboursement, mais qu'il est nécessaire qu'elle apporte aux pouvoirs publics des analyses sur les stratégies thérapeutiques, en les comparant et en prenant en compte le critère de l'efficacité, donc des considérations de nature économique.

La commission a *adopté* l'amendement.

Un amendement de M. Yves Bur est de ce fait devenu *sans objet*.

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Dominique Tian et de M. Olivier Jardé tendant à préciser que les recommandations et avis médico-économiques sont émis par la Haute autorité de santé après consultation des institutions représentatives des parties intéressées.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, ayant estimé cette précision inutile au regard tant de la composition de la Haute autorité de santé que des expertises auxquelles elle fait appel, **M. Dominique Tian** a *retiré* l'amendement.

La commission a ensuite *rejeté* l'amendement de M. Olivier Jardé.

Puis la commission a examiné deux amendements identiques de Mme Martine Billard et de M. Jean-Marie Le Guen visant à préciser que les avis et recommandations pris par la Haute autorité de santé au titre des missions que lui confèrent les 1° à 5° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale sont rendus publics.

Mme Martine Billard a regretté que ces avis et recommandations ne soient pas systématiquement rendus publics alors même qu'ils constituent des outils d'aide à la décision pour les pouvoirs publics. En outre, il est très important que les organisations de malades puissent en prendre connaissance.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que la Haute autorité de santé rend d'ores et déjà publics un certain nombre d'avis et de recommandations, à travers notamment son rapport d'activité annuel.

M. Yves Bur a ajouté que la commission de la transparence procède en outre à la mise en ligne de ses avis sur le site internet de la Haute Autorité de santé.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a examiné un amendement de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, prévoyant que, dans le cadre de la procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription que la Haute autorité de santé est chargée d'établir, celle-ci veille à ce que les règles de bonne pratique spécifient que ces logiciels permettent non seulement de prescrire directement en dénomination commune internationale (DCI) mais aussi d'afficher le prix des produits de santé. Ainsi sera améliorée l'information des médecins sur le prix des spécialités qu'ils prescrivent.

Mme Jacqueline Fraysse a proposé un sous-amendement destiné à préciser que sera aussi affiché « *le taux de remboursement par la sécurité sociale* ».

M. Yves Bur a indiqué avoir déposé un amendement à venir en discussion dans ce même esprit et s'est déclaré prêt à cosigner l'amendement, en souhaitant cependant présenter un sous-amendement, tendant à préciser que sera aussi affiché « *le montant total de la prescription* ».

M. Denis Jacquat s'est déclaré favorable à la proposition de Mme Jacqueline Fraysse.

M. Pierre Morange a précisé qu'il est toutefois indispensable de s'assurer de la faisabilité technique du dispositif proposé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a donné un avis favorable à l'adoption des deux sous-amendements.

La commission a *adopté* les deux sous-amendements, puis l'amendement ainsi modifié.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à rapprocher statutairement les commissions de la transparence et d'évaluation des produits et prestations (CEPP) – dont la création est antérieure à celle de la Haute autorité de santé – des autres commissions spécialisées de cette autorité. Ainsi, à l'instar des autres commissions spécialisées, les attributions de la commission de la transparence et de la CEPP seront exercées par le collège de la Haute autorité de santé sur la base de l'avis de ces commissions, ce qui permettra de renforcer la transversalité des évaluations réalisées.

M. Yves Bur a jugé nécessaire d'examiner attentivement cette question avant l'examen du projet de loi en séance publique, dans la mesure où on ne peut véritablement observer aujourd'hui de dysfonctionnement institutionnel de la commission de la transparence ni de la CEPP, non plus du reste que de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Or il convient d'être particulièrement attentif à ne pas rendre trop complexe et à ne pas déstabiliser le circuit d'évaluation et de la fixation des prix. Il existe un équilibre qu'il ne faut pas perturber.

La commission a *adopté* l'amendement.

Puis la commission a examiné un amendement de M. Yves Bur visant à confier à la Haute autorité de santé la mission de proposer une liste distinguant les médicaments indispensables au traitement des affections de longue durée (ALD) prévues aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

M. Yves Bur a expliqué que la prise en charge à 100 % d'un certain nombre de médicaments au titre des ALD ne semble pas justifiée : ces médicaments pourraient donc n'être remboursés qu'au taux de 35 %, comme dans le droit commun. Il reviendrait à la Haute autorité de santé de proposer une liste, qui serait fixée par décret, énumérant, en fonction du service médical rendu (SMR), les médicaments absolument indispensables pour le traitement d'une ALD et justifiant un remboursement à un taux de 100 %. Pour les médicaments ne figurant pas sur cette liste et ne bénéficiant pas de ce remboursement total, les assurances complémentaires prendraient en charge le différentiel et seraient ainsi responsabilisées. À cette fin, elles auraient accès au code identifiant de présentation (CIP), ce qui correspond au demeurant à une demande émanant notamment de la Mutualité Française.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a regretté la complexité du dispositif proposé. Quelle pourra en être la véritable mise en œuvre pratique ? On sait bien en effet que les ALD ont un caractère évolutif et requièrent des médicaments différents dans le temps. C'est la raison pour laquelle une telle préoccupation, incontestablement légitime, relève avant tout du champ du contrôle médical.

M. Yves Bur a objecté que dans le système actuel, certains médicaments sont pris en charge à 100 % alors que leur SMR est modeste, et que l'amendement permettrait de réaliser des économies d'un montant non négligeable. Au reste, il semble que le gouvernement ait décidé que les médicaments remboursables à 35%, dont le SMR est a priori modeste, ne le seront plus

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, reconnaissant l'importance de la préoccupation fondant l'amendement, a une nouvelle fois relevé sa complexité de mise en œuvre. En outre, comment ignorer les multiples contrôles de nature médicale déjà existants et d'inspiration voisine, que l'on songe aux instruments tels l'ordonnancier bizonne – qui permet d'ores et déjà de distinguer les prescriptions en rapport ou non avec des ALD –, les protocoles inter-régime d'examen spécial dits PIREs ou encore les contrôles de droit commun exercés par les médecins conseils ?

M. Jean-Marie Le Guen a reconnu l'existence d'une réelle difficulté : il est incontestable que certains produits « montent dans le train » de la prise en charge totale sans légitimité véritable et qu'il existe de ce fait certains gâchis. Mais cet amendement n'est pas sans défauts : on voudrait que la Haute autorité de santé mène à bien des missions que n'accomplissent ni la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ni le ministère en charge de la santé ? En outre, est-on bien sûr que le gouvernement est prêt à s'engager dans la voie du transfert des données médicales aux organismes complémentaires d'assurance maladie ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'étant déclaré défavorable à l'amendement, **M. Yves Bur** l'a retiré en indiquant qu'un nouvel amendement serait redéposé à ce sujet en vue

de la réunion que la commission tiendra en application de l'article 88 du Règlement de l'Assemblée nationale, afin de susciter un débat en séance publique.

La commission a *adopté* l'article 29 ainsi modifié.

Après l'article 29

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant que les conventions conclues entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les laboratoires pharmaceutiques déterminent notamment les études établies postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (dites études « post-AMM ») à réaliser ainsi que le délai octroyé pour leur réalisation et précisent la sanction applicable en cas de retard ou d'absence de réalisation.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, au motif que ces dispositions ne relèvent pas du champ de la loi de financement de la sécurité sociale, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 30

Aménagement du champ de la convention nationale des médecins libéraux et introduction de la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de conclure des contrats avec les médecins conventionnés

Ce article vise, d'une part, à permettre aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de conclure directement des contrats d'amélioration des pratiques avec les médecins et, d'autre part, à préciser et à étendre le champ des conventions nationales conclues entre les représentants des médecins libéraux et de l'assurance maladie.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével précisant que les conventions médicales, et non pas les caisses primaires d'assurance maladie, peuvent proposer aux médecins conventionnés un contrat-type.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant que le contrat-type – auquel les contrats conclus entre les caisses d'assurance maladie et les médecins devront être conformes – est élaboré conformément à la convention conclue par les représentants des professionnels de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

M. Jean-Luc Prél a estimé qu'un tel dispositif est seul à même d'assurer de manière optimale les conditions d'une négociation nationale qui sera ensuite déclinée au plan local.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a marqué sa préférence pour la rédaction qu'il propose dans un amendement à venir en discussion, poursuivant un objectif voisin, et a donné un avis défavorable à l'adoption de l'amendement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Dominique Tian prévoyant l'élaboration conjointe du contrat-type par l'UNCAM et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

La commission a *adopté* un amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant que les syndicats signataires de la convention sont saisis pour avis sur les contrats-type.

Sont en conséquence *devenus sans objet* un amendement de M. Dominique Tian associant l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) à l'élaboration des contrats-types, ainsi qu'un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant que ces contrats sont proposés prioritairement aux médecins ayant choisi l'option du médecin référent.

M. Jean-Luc Prél a présenté un amendement précisant que les engagements relatifs à la prescription contenus dans le contrat devront être conformes aux bonnes pratiques médicales définies par la Haute autorité de santé (HAS), jugeant nécessaire de toujours garder pour objectif l'amélioration de la qualité des soins.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a ensuite *adopté* l'article 30 ainsi modifié.

Après l'article 30

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant l'établissement entre les malades et leur médecin d'un contrat comportant des mesures de prévention, d'hygiène de vie et de respect des traitements.

M. Jean-Luc Préel a jugé nécessaire de généraliser le principe d'une consultation annuelle approfondie dans le cadre de laquelle une sorte de contrat de bonne santé pourrait être passé entre le patient et son médecin.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'étant déclaré défavorable à l'amendement, rappelant que les contrats conclus entre les caisses d'assurance maladie et les médecins pourront comporter des engagements individualisés relatifs à la participation à des actions de dépistage et de prévention, la commission a *rejeté* l'amendement.

M. Yves Bur a *retiré* un amendement permettant aux prescripteurs d'être informés, au moment de la consultation, du prix et du coût total des produits qu'ils prescrivent, compte tenu de l'adoption par la commission, à l'article 29, d'un amendement poursuivant le même objet.

Article additionnel après l'article 30

Habilitation des pharmaciens d'officine à conclure des accords de bon usage des soins, des contrats de bonne pratique et des contrats de santé publique

La commission a examiné un amendement de Mme Françoise Hostalier visant à habilitier les pharmaciens d'officine à conclure avec l'assurance maladie des accords de bon usage des soins ou de médicaments, des contrats de bonne pratique ou des contrats de santé publique, comme le peuvent d'autres catégories de professionnels de santé. Les pharmaciens semblent en effet avoir été oubliés, ce qu'il convient par cohérence de réparer.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est interrogé sur l'opportunité de l'amendement, compte tenu du rôle des pharmaciens, qui délivrent des médicaments conformément aux prescriptions et assument également un rôle de conseil, et participent donc déjà au bon usage des soins.

Après que **M. Marc Bernier** a déclaré soutenir l'amendement, la commission l'a *adopté*.

Après l'article 30

La commission a examiné deux amendements identiques, présentés respectivement par **Mme Martine Billard** et **M. Jean-Marie Le Guen** et prévoyant une représentation des associations d'usagers au sein de l'UNCAM.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* ces amendements.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard prévoyant que le suivi médical d'une affection de longue durée (ALD) fait l'objet, non pas d'un paiement à l'acte, mais d'une rémunération forfaitaire, dont le montant est déterminé par voie conventionnelle.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, ayant rappelé que le projet de loi prévoit d'expérimenter de nouveaux modes de rémunération, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 31

Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins par les missions régionales de santé (MRS)

Cet article vise à engager deux types d'expérimentations concernant les modes de rémunération des professionnels de santé et d'organisation de la permanence des soins, toutes deux confiées aux missions régionales de santé (MRS), instituées par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

*

Mme Martine Billard a présenté un amendement prévoyant que les expérimentations engagées sur les nouveaux modes de rémunération des professionnels ne pourront que se substituer au paiement à l'acte et non pas, le cas échéant, le compléter. Il ne s'agit pas de payer plus les professionnels.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard précisant que les expérimentations ne pourront conduire à une réduction des remboursements des assurés ou une remise en cause du tiers-payant.

La commission a examiné en discussion commune deux amendements, le premier présenté par M. Jean-Luc Prével et disposant que les expérimentations sont conduites après accord des partenaires conventionnels, le second présenté par M. Yves Bur et prévoyant seulement un avis de ces partenaires.

Suivant l'avis du **rapporteur**, elle a *rejeté* le premier et *adopté* le second.

La commission a examiné un amendement de M. Yves Bur prévoyant l'approbation par le collège des directeurs de l'UNCAM des conventions passées avec les professionnels de santé au titre des expérimentations.

M. Yves Bur a précisé que le collège des directeurs de l'UNCAM pourra ainsi suivre les dépenses générées par ces expérimentations au niveau national et veiller à ce que celles-ci soient compatibles avec le respect des objectifs votés en loi de financement de la sécurité sociale.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* deux amendements du rapporteur : le premier disposant que le décret définissant les modalités des expérimentations doit être pris après avis des organisations syndicales parties aux conventions nationales et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) ; le second rédactionnel.

La commission a examiné en discussion commune deux amendements : le premier présenté par M. Jean-Luc Prével, disposant que les expérimentations menées en termes de rémunération de la permanence des soins par les missions régionales de santé (MRS) sont conduites après accord des partenaires conventionnels, le second présenté par M. Yves Bur et prévoyant seulement un avis de ces partenaires.

Suivant l'avis du **rapporteur**, la commission a *rejeté* le premier amendement et *adopté* le second.

La commission a examiné deux amendements de M. Yves Bur prévoyant que les crédits délégués aux MRS pour le financement de la permanence des soins s'inscrivent dans un cadre défini au niveau national par les partenaires conventionnels.

M. Jean-Marie Le Guen a observé que ces amendements conduisent à fixer la rémunération de la permanence des soins hors convention : c'est un pas vers la socialisation de la médecine.

Suivant l'avis favorable de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, qui a fait valoir qu'il s'agissait d'une mission de service public, la commission a *adopté* les deux amendements.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant l'avis des organisations syndicales et du Conseil national de l'ordre des médecins sur les modalités de mise en œuvre des expérimentations en matière de rémunération de la permanence des soins.

La commission a *adopté* un amendement de coordination présenté par M. Yves Bur.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant que l'expérimentation concerne en 2008 une centaine de structures collectives assurant la permanence des soins.

M. Jean-Marie Le Guen a jugé nécessaire de promouvoir les modes d'exercice collectif et pluridisciplinaire. L'amendement s'inscrit au demeurant dans la même logique que ceux présentés par M. Yves Bur : après avoir défait en 2002 les mesures qui avaient été prises en matière de permanence des soins, la majorité actuelle y revient.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur étendant le bénéfice des contrats avec des réseaux de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral dans une aire géographique définie aux médecins appartenant à des groupes de pairs dans le cadre des contrats que les réseaux de professionnels peuvent souscrire avec les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM).

La commission a *adopté* l'article 31 ainsi modifié.

Après l'article 31

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével relatif au statut et aux conditions de rémunération des praticiens hospitaliers à temps partiel.

M. Jean-Luc Prével a estimé que ces professionnels doivent être rémunérés au prorata de leur temps de travail à l'hôpital, bénéficiaire de la prime d'exercice exclusif au même prorata, ainsi que d'une retraite complémentaire calculée sur la totalité de leurs émoluments et de neuf jours de formation continue par an. Les conditions de rémunération des praticiens à temps partiel sont actuellement très injustes ; après beaucoup de promesses, il est temps de passer à l'acte.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'amendement, après avoir rappelé que le Président de la République vient de confier à M. Gérard Larcher le soin d'organiser une concentration sur les missions de l'hôpital public et qu'au

surplus cette question semble étrangère au champ des lois de financement de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 31

Contribution forfaitaire des professionnels n'assurant pas une transmission électronique de leurs actes

La commission a examiné un amendement de M. Yves Bur instituant une contribution forfaitaire de 0,50 euro par feuille de soin papier afin d'inciter les professionnels à généraliser la télétransmission de leurs actes.

M. Yves Bur a rappelé qu'une incitation financière à la télétransmission figurait déjà en 1995 dans le « plan Juppé ». Douze ans après, on en est à un peu plus de 80 % d'actes transmis électroniquement ; les transmissions papier qui subsistent représentent des coûts de gestion importants ; il est donc nécessaire d'accélérer la progression de la télétransmission.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré réservé sur l'amendement, considérant que la voie conventionnelle et celle des incitations financières sont plus adaptées que la pénalisation proposée par l'amendement.

M. Jean-Marie Le Guen a approuvé l'amendement qui relève de la simplification administrative élémentaire et permettra d'importants gains de productivité, comme l'a montré un rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale.

M. Pierre Morange a confirmé qu'il s'agit bien d'une préconisation qu'avait faite la MECSS. S'agissant du taux de télétransmission, il serait cependant utile de poursuivre les investigations sur les 20 % de cas dans lesquels les professionnels ne transmettent pas leurs feuilles de soins par voie électronique. S'agit-il de non-équipement, de mauvaise volonté, de manque de formation ? Plutôt que d'adopter l'amendement, ne serait-il pas plus opportun de se donner un délai de réflexion ?

M. Jean Mallot a soutenu l'amendement, estimant au contraire que l'adopter permettrait de se donner un délai de réflexion jusqu'à la séance publique.

M. Michel Ménard a souligné la nécessité de distinguer plusieurs cas de figure selon que l'absence de télétransmission résulte, par exemple, de l'absence d'équipements informatiques ou de ce que le patient n'a pas sa carte Vitale.

M. Yves Bur a répondu que l'amendement prévoit que la contribution forfaitaire est mise en place sous réserve des conventions conclues en application

de l'article L. 162-5. Dans ce cadre, il sera donc possible de prévoir des exonérations pour les cas où l'absence de télétransmission peut paraître justifiée ou indépendante des choix des professionnels.

La commission a *adopté* l'amendement.

Après l'article 31

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* quatre amendements de M. Jean-Luc Prével visant à compter les pharmaciens titulaires d'officine au nombre des professionnels de santé habilités à conclure avec l'assurance maladie des accords de bon usage des médicaments, des contrats de bonne pratique ou des contrats de santé publique.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à permettre aux personnes atteintes d'une pathologie chronique de demander le bénéfice d'un plan personnalisé de prévention et de soins.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, qui a rappelé qu'il est déjà prévu que des protocoles de soins soient établis, à partir des recommandations de la Haute autorité de santé, pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à exempter les médecins à diplôme étranger justifiant de trois ans d'expérience professionnelle et d'une fonction rémunérée au cours des deux dernières années de passer des épreuves de vérification des connaissances pour être autorisé à exercer.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, ayant émis un avis défavorable, en rappelant que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a permis d'apporter une réponse équilibrée au problème des praticiens à diplôme étranger, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant, d'une part, que le statut du personnel hospitalier prend en compte la pénibilité, la responsabilité et l'évaluation de la qualité des pratiques et, d'autre part, que ce statut évoluera progressivement vers des contrats.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, au motif que les questions concernant le statut du personnel hospitalier pourront être examinées dans le cadre de la mission de concertation confiée à M. Gérard Larcher sur les missions de l'hôpital public, plutôt que dans le cadre du présent projet de loi, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 32

Répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire

Afin de remédier aux disparités territoriales liées à l'inégale répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire, cet article vise à inciter les partenaires conventionnels ainsi que l'ensemble des acteurs concernés à définir de nouveaux instruments permettant de répondre à ces disparités, en confiant aux missions régionales de santé (MRS) le soin de définir des zones de recours aux soins ambulatoires.

*

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de suppression de l'article présenté par **M. Jean-Marie Le Guen**, qui a estimé que l'article prévoit un conventionnement à géométrie variable pour les médecins en fonction de la densité médicale du territoire mais ne résout pas un problème qui relève de la responsabilité de l'État.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prélé prévoyant que des dispositifs d'aides à l'installation sont définis en fonction de la zone d'exercice des professionnels de santé.

M. Jean-Luc Prélé a jugé préférable de développer et d'évaluer les dispositifs incitatifs d'aides à l'installation, au demeurant récents, plutôt que d'instituer des mesures autoritaires, dont on sait bien qu'elles ne sont pas très efficaces.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a *retiré* un amendement visant à reporter au 1^{er} octobre 2012 l'entrée en vigueur des dispositions prévues par cet article pour les étudiants qui sont actuellement avancés dans leur cursus d'études médicales, en indiquant que le Président de la République avait annoncé qu'un amendement serait présenté au projet de loi, ce qui permettra ainsi d'apaiser les inquiétudes qui se sont exprimées.

Concernant la liberté d'installation des professionnels de santé, il est nécessaire d'organiser des états généraux de la démographie, qui permettront d'associer l'ensemble des acteurs concernés, en particulier les étudiants en médecine, afin de réfléchir ensemble à tous les moyens permettant de remédier aux disparités dans l'offre de soins.

Mme Michèle Delaunay a souligné que le Président de la République a indiqué aujourd'hui même, dans son allocution au CHU de Bordeaux, que les mesures prises s'appliqueront aux générations ultérieures d'étudiants en médecine.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a *retiré* un amendement visant à faire référence à un zonage « *par spécialité* » des médecins dans les dispositions prévoyant la détermination de zones de recours aux soins ambulatoires par les missions régionales de santé.

M. Denis Jacquat s'interrogeant également sur les conditions dans lesquelles les dispositifs le cas échéant envisagés concerneraient les nouveaux étudiants en médecine, a souhaité avoir des précisions sur les déclarations du Président de la République évoquées par le rapporteur.

Rappelant qu'elle était présente au CHU de Bordeaux ce matin, **Mme Michèle Delaunay** a répondu qu'il semblerait que les étudiants qui sont avancés dans leur cursus d'études médicales ne seront pas concernés. Il semble dès lors inutile de proposer des amendements concernant des articles dont l'existence même est suspendue.

M. Yves Bur a suggéré d'adopter en l'état les articles 32 et 33, en attendant les précisions et les améliorations qui pourraient être apportées lors de l'examen du projet de loi en séance publique, ou de réserver l'examen des amendements s'y rattachant pour les examiner à la fin de la réunion de la commission.

Mme Michèle Delaunay a souligné que le Président de la République a indiqué qu'un débat allait être engagé sur l'ensemble de ces questions et que rien ne serait fait, semble-t-il avant un délai de trois à cinq ans, même s'il y a eu une ambiguïté sur ce point. On ne voit donc pas l'intérêt de statuer sur des articles qui sont en quelque sorte suspendus.

M. Jean-Marie Le Guen a alors proposé de supprimer l'article.

M. Denis Jacquat a proposé de réserver l'examen des articles 32 et 33 pour les examiner lors de la prochaine réunion de la commission, afin d'avoir plus de précisions.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé qu'il y a là une question de dignité pour le Parlement, car ce sont les députés et eux seuls qui font la loi et qui, en l'occurrence, examinent un projet de loi déposé par le gouvernement. Dès lors, de deux choses l'une : soit la réflexion politique de la commission la conduit à supprimer ces dispositions, soit ce n'est pas le cas et les articles sont alors adoptés à titre conservatoire, mais en tout état de cause, les commissaires doivent se prononcer et en aucun cas réserver l'examen de ces articles. Le Parlement ne peut de telle façon se dessaisir de cette question, et surtout pas au vu de rumeurs.

Le président Pierre Méhaignerie a appelé les commissaires à poursuivre l'examen des articles.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, rappelant qu'il avait retiré son amendement proposant un zonage « *par spécialité* » des médecins, a invité M. Jean-Luc Préel à faire de même et a proposé de réexaminer les amendements lors de la prochaine réunion de la commission au titre de l'article 88 du Règlement.

M. Jean-Marie Le Guen a de nouveau fait part de son opposition à ce que l'examen de ces dispositions soit différé, en invitant les commissaires à supprimer l'article, dans l'attente des précisions qui pourraient être apportées ultérieurement.

M. Jean-Luc Préel a également fait part de sa volonté de passer au vote de l'article, qui pourra être le cas échéant rejeté, mais qu'en tout état de cause les commissaires se prononcent sur ce point.

Sur la proposition du **président Pierre Méhaignerie**, ont ensuite été *retirés* un amendement de M. Jean-Luc Préel tendant également à définir un zonage par spécialité des médecins et un amendement de M. Claude Leteurtre prévoyant, pour les masseurs-kinésithérapeutes, une durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un établissement de santé pour exercer à titre libéral, afin de remédier aux difficultés rencontrées par de nombreux établissements sur certains territoires.

La commission a ensuite *rejeté* l'article.

Elle a donc *supprimé* l'article 32.

Seconde délibération

À la demande de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, et de **M. Yves Bur**, la commission a procédé à une seconde délibération de l'article 32.

La commission a examiné un amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Le rapporteur a indiqué que l'amendement tend à rétablir l'article dans la rédaction du projet de loi.

La commission a *adopté* l'amendement.

Elle a donc *rétabli* l'article 32 sans modification.

Article 33

Répartition géographique des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire

Cet article a pour objet d'inciter les partenaires conventionnels ainsi que l'ensemble des acteurs concernés à définir de nouveaux instruments visant à remédier aux disparités territoriales en confiant aux missions régionales de santé (MRS) de soin de définir des zones de recours aux soins ambulatoires afin de promouvoir une répartition plus équilibrée des médecins sur l'ensemble du territoire.

*

M. Jean-Marie Le Guen a *retiré* un amendement de suppression de l'article.

M. Jean-Luc Prél a *retiré* un amendement supprimant également l'article, ainsi qu'un amendement invitant les partenaires conventionnels à une négociation globale sur les conditions d'exercice des médecins.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a *retiré* un amendement visant à reporter au 1^{er} octobre 2012 l'application des dispositions prévues par cet article pour les étudiants qui sont déjà avancés dans leur cursus d'études médicales.

Enfin, **M. Yves Bur** a *retiré* un amendement prévoyant que le gouvernement prendra toutes dispositions permettant d'améliorer la répartition géographique des médecins en fonction des besoins de santé si la négociation conventionnelle n'a pas abouti au 30 juin 2008.

La commission a ensuite *rejeté* l'article.

Elle a donc *supprimé* l'article 33.

Seconde délibération

À la demande de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, et de **M. Yves Bur**, la commission a procédé à une seconde délibération de l'article 33.

La commission a examiné un amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Le rapporteur a indiqué que l'amendement tend à rétablir le texte du projet de loi, tout en le modifiant afin de tenir compte des décisions annoncées la veille par le Président de la République dans son allocution au CHU de Bordeaux. L'amendement complète ainsi le texte du projet de loi en prévoyant d'associer les chefs de clinique, les internes et les étudiants en médecine aux négociations conventionnelles sur la démographie médicale. Il est en effet prévu d'organiser

dans les plus brefs délais des États généraux de la démographie médicale, auxquels les internes seront associés et qui permettront d'aborder la question de l'organisation et de l'accès aux soins sur les territoires. À la suite de ces États généraux, l'assurance maladie pourra commencer ses négociations conventionnelles avec les syndicats de médecins. Les internes et étudiants en médecine seront donc consultés à la fois lors des États généraux et des négociations.

La commission a *adopté* l'amendement.

Elle a donc *rétabli* l'article 33 ainsi modifié.

Mme Danièle Hoffman-Rispal a fait observer que la question de la démographie médicale ferait l'objet d'un long débat en séance publique et que, pour l'heure, elle se bornait à constater que les commissaires de la majorité avaient assumé leurs responsabilités en adoptant cet amendement.

Article additionnel après l'article 33

Participation de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle au financement de programmes de santé publique ou d'actions expérimentales relatives aux filières et réseaux de soins

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur prévoyant que l'instance de gestion du régime d'assurance maladie d'Alsace-Moselle peut décider, à la clôture d'un exercice, de participer au financement de programmes de santé publique ou à des actions expérimentales relatives aux filières et aux soins.

Article 34

Élargissement du dispositif de pénalité financière aux transporteurs sanitaires et aux entreprises de taxis

Cet article propose, dans le prolongement des articles 27 et 43 du présent projet de loi visant à mieux maîtriser la croissance des dépenses de transports, d'étendre le dispositif de pénalités financières prévu par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale aux fournisseurs et prestataires de services, en particulier les transporteurs sanitaires et les entreprises de taxis.

*

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* deux amendements : le premier de M. Pierre Morange prévoyant d'augmenter le montant de l'amende encourue en cas de transport sanitaire effectué sans agrément ; le second de M. Jean-Luc Prével disposant que la télé-médecine permet également aux médecins exerçant dans les centres de réception et de régulation des appels d'effectuer des actes médicaux.

La commission a ensuite *adopté* l'article 34 ainsi modifié.

Après l'article 34

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Claude Leteurtre visant à interdire pendant trois ans aux médecins, odontologistes et pharmaciens ayant démissionné d'un poste de praticien hospitalier d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif ou une officine situés dans le même territoire de santé.

Puis **M. Jean-Luc Préel** a *retiré* un amendement prévoyant l'octroi de bourses d'études aux internes qui s'engagent à servir trois ans dans le service public hospitalier de la région dans laquelle ils sont formés, **le rapporteur** ayant indiqué que ce sujet serait abordé dans le cadre de négociations prochaines.

La commission a ensuite *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel tendant à créer des intercommissions de hiérarchisation des actes et prestations, suivant l'avis défavorable du **rapporteur** qui a souligné la complexité du dispositif proposé.

Puis, suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à rendre applicables aux centres de santé les dispositions prévues par l'alinéa 5 de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, qui permet à l'assurance maladie de moduler la participation des caisses d'assurance maladie aux cotisations des professionnels de santé libéraux.

Après l'article 34

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à supprimer la participation de un euro instituée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Article 35

**Création d'une franchise sur les médicaments, les transports
et les actes paramédicaux**

Cet article prévoit, afin de permettre le financement des nouveaux besoins prioritaires de santé publique que sont la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs et le cancer, l'instauration d'une franchise sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux, et modifie en conséquence les dispositions relatives aux contrats d'assurance maladie complémentaire, dits « responsables ».

La commission a examiné trois amendements de suppression de l'article respectivement présentés par M. Jean-Luc Prével, M. Jean-Marie Le Guen et M. Roland Muzeau.

M. Jean-Luc Prével s'est tout d'abord interrogé sur l'objectif des franchises. Vont-elles servir à responsabiliser le patient, à financer une partie du déficit ou à financer de nouvelles dépenses ? Par ailleurs, quel sera exactement l'effet de la franchise sur l'augmentation du sous-objectif relatif aux dépenses de soins de ville ? Plutôt que ce dispositif, l'institution d'une franchise cautionnée, ainsi qu'un amendement à venir le propose, semble plus pertinente, car, dans le dispositif proposé par le gouvernement, une fois que l'assuré a dépassé le seuil annuel de 50 euros, il n'y a plus d'incitation à limiter la dépense.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'amendement, rappelant que la franchise permettra de financer de nouveaux besoins de santé dans le domaine du cancer, de la maladie d'Alzheimer et des soins palliatifs, une large part des dépenses correspondantes devant relever des soins de ville. Un amendement à venir prévoit par ailleurs qu'un rapport au Parlement précise les conditions d'utilisation des montants correspondant à la franchise.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a ensuite examiné en discussion commune trois amendements : le premier de M. Yanick Paternotte visant à exonérer de la franchise les médicaments dont le prix est inférieur à deux euros ; les deux autres présentés par M. Jean-Luc Prével, l'un visant à exonérer de la franchise les médicaments remboursables dont le prix public est inférieur à un seuil égal à quatre fois le montant de la franchise, l'autre prévoyant que le montant de la franchise varie en fonction du prix public des médicaments remboursables

M. Yanick Paternotte a estimé qu'il convient de veiller à ne pas pénaliser les patients qui ont recours à l'homéopathie ni les petits laboratoires pharmaceutiques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à son amendement, estimant que la franchise doit s'appliquer à l'ensemble des médicaments. Lors de l'examen en séance publique du projet de loi, le gouvernement pourrait cependant apporter des précisions complémentaires sur la question de l'homéopathie et la situation des petits laboratoires pharmaceutiques, qu'il convient en effet de prendre en compte.

Mme Catherine Lemorton a observé qu'à chaque fois que l'on s'attaque aux conditions de remboursement des médicaments homéopathiques, on se heurte au problème du report vers l'allopathie, laquelle coûte très cher, ainsi qu'il a été observé en 2003. De plus, les patients sont incités à demander certains médicaments, notamment ceux présentés sous forme de grands conditionnements, même si le traitement n'est que d'un mois, ce qui conduit à un coût plus élevé

pour l'assurance maladie et les médecins, de leur côté, peuvent être tentés de « forcer la dose » pour pouvoir prescrire ces grands conditionnements.

M. Yanick Paternotte a estimé que l'amendement ne remet en aucun cas en cause le principe même de la franchise, qui permettra à la fois de mieux responsabiliser les assurés et de financer de nouveaux besoins de santé prioritaires, puis a *retiré* son amendement, compte tenu des éléments de réponse apportés par le rapporteur.

M. Jean Bardet a déclaré qu'on ne peut pas laisser dire que les médecins forcent les ordonnances pour prescrire des médicaments plus chers ou mieux remboursés, il s'agit là d'une attaque contre la dignité du corps médical. Par ailleurs, lorsqu'une ordonnance prévoit un traitement d'un mois, les pharmaciens ne forcent pas non plus l'ordonnance pour délivrer des traitements de trois mois.

M. Simon Renucci a considéré pour sa part que de tels propos n'ont pas à être tenus dans la commission, rappelant que les médecins sont d'abord au service du malade.

La commission a ensuite *rejeté* les amendements de M. Jean-Luc Prél.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant que le gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport sur les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise ont été utilisés, afin de garantir toute la transparence nécessaire en la matière.

M. Jean-Luc Prél s'est interrogé sur la nécessité de prévoir un rapport sur les rapports demandés par le Parlement, afin notamment de vérifier s'ils sont effectivement présentés.

Le président Pierre Méhaignerie a rappelé qu'un certain nombre de rapports demandés ne sont pas lus et estimé que l'un des objectifs de cette législature doit être de lutter contre l'excès de bureaucratie. Par conséquent, de manière générale, le Parlement ne doit pas demander une quantité déraisonnable de rapports chaque année.

Mme Martine Billard a interrogé le rapporteur sur les moyens qui pourront être mis en œuvre pour s'assurer que les 800 millions d'euros apportés par la franchise seront effectivement consacrés aux trois chantiers prioritaires que sont le cancer, la maladie d'Alzheimer et les soins palliatifs.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a répondu qu'à partir des informations collectées par les caisses d'assurance maladie, le gouvernement pourra préciser, dans le cadre de ce rapport au Parlement, les moyens consacrés à ces trois chantiers prioritaires.

La commission a *adopté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à exonérer de la franchise les pensionnés militaires.

Concernant l'ensemble des amendements prévoyant d'exonérer de la franchise certaines catégories de personnes, le **président Pierre Méhaignerie** a estimé qu'une réponse aux préoccupations de leurs auteurs pourrait consister à promouvoir l'aide au paiement d'une complémentaire de santé (ACS), cette aide n'étant en effet utilisée aujourd'hui que par moins du quart de ses bénéficiaires potentiels.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a également *rejeté* deux amendements de Mme Martine Billard visant à exempter de la franchise, d'une part, les personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée (ALD) et, d'autre part, les bénéficiaires des pensions militaires d'invalidité et les victimes de la guerre.

La commission a examiné un amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen visant à exclure de la franchise les personnes bénéficiaires de l'aide sociale dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

M. Jean-Marie Le Guen a *retiré* l'amendement en précisant qu'il serait défendu et débattu en séance publique.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission ensuite *rejeté* une série de cinq amendements, l'un de Mme Martine Billard, deux de M. Roland Muzeau et deux de M. Jean-Marie Le Guen, visant à exonérer de la franchise les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

La commission a examiné un amendement de M. Yves Bur prévoyant de rendre applicables au régime local d'Alsace-Moselle des dispositions analogues à celles prévues pour la franchise et les contrats responsables par le présent article.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a invité au retrait de l'amendement, au motif que la modification proposée figure déjà dans le projet de loi.

La commission a *adopté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard visant à exonérer de la franchise les bénéficiaires du dispositif d'aide à la complémentaire santé.

La commission a examiné trois amendements identiques de M. Yves Bur, M. Jean-Marie Le Guen et M. Claude Leteurtre, prévoyant que seul le reste à vivre des personnes hébergées en établissement médico-social, tel que défini par

l'article L. 132-3, est pris en compte dans le calcul des ressources ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire.

M. Yves Bur a indiqué que son amendement vise à prendre en compte la situation de personnes vivant avec de faibles moyens.

M. Jean-Marie Le Guen a considéré que soit on traite la problématique du reste à charge des assurés, après une réflexion approfondie suivie d'une véritable remise à plat du dispositif actuel, soit on reste dans la seule logique de la franchise, auquel cas les personnes qui bénéficient de l'aide sociale et sont hébergées dans un établissement ne doivent pas la payer.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur** qui a également souhaité qu'une large réflexion soit ouverte sur la question du reste à charge, la commission a *adopté* les trois amendements.

La commission a ensuite *adopté* l'article 35 ainsi modifié.

Après l'article 35

La commission a examiné un amendement de M. Yves Bur, posant l'obligation pour les pharmaciens de délivrer des médicaments en grand conditionnement, lorsque celui-ci existe, en cas de prescription pour une durée d'au moins trois mois.

M. Yves Bur a souligné la nécessité de favoriser la délivrance de grands conditionnements, en particulier dans le cadre des traitements des affections de longue durée, dès lors que ces modes de présentation sont actuellement peu utilisés, en raison probablement d'un problème de marges dans le circuit de la distribution. Le développement de leur usage est pourtant souhaitable et permettrait, en particulier, de limiter l'impact de la franchise sur les achats de médicaments.

M. Jean-Marie Le Guen a demandé quelles seraient les sanctions en cas de non-respect de l'obligation.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé qu'un amendement adopté précédemment par la commission prévoit de permettre aux pharmaciens de conclure des accords de bon usage des soins et des médicaments.

Mme Catherine Lemorton a ajouté que l'obligation de délivrer ces conditionnements est déjà prévue dans la convention nationale des pharmaciens d'officine.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 35

Rétablissement de la durée du maintien de droits à l'assurance maladie des ayants droit d'un assuré décédé

La commission a examiné un amendement de Mme Valérie Fourneyron visant à rétablir à quatre ans, et non plus douze mois, la durée du maintien du droit aux prestations de l'assurance maladie pour les ayants droit d'un assuré décédé.

Mme Valérie Fourneyron a précisé qu'il s'agit de revenir à la situation antérieure au décret du 14 février 2007 ; ce texte a réduit la durée du maintien de la couverture maladie à un an ce qui pose des problèmes pour de nombreuses veuves.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a considéré que la modification intervenue en début d'année pose sans doute un problème réel pour les veuves, mais les dispositions contestées par l'auteur de l'amendement relèvent du domaine réglementaire. Il conviendrait donc d'interroger le gouvernement sur cette question lors de l'examen du projet de loi en séance publique.

Mme Marisol Touraine a estimé cependant qu'une disposition législative pourrait parfaitement revenir sur les dispositions ayant eu pour effet de limiter les droits des ayants droit de personnes décédées.

Le président Pierre Méhaignerie ayant considéré qu'il s'agit davantage d'un débat sur la forme que sur le fond, la commission a *adopté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 35

Application aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) des règles relatives au parcours de soins coordonnés

La commission a examiné un amendement de M. Yves Bur visant à aligner les règles applicables aux bénéficiaires de la CMUc, en cas de non-respect du parcours de soins, sur celles prévues pour les autres assurés.

M. Yves Bur a indiqué qu'il s'agissait d'encourager les comportements vertueux de la part des bénéficiaires de la CMUc.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré favorable à l'amendement qui vise à responsabiliser les bénéficiaires de la CMUc et à les inciter au respect du parcours de soins.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné l'extrême complexité du parcours de soins et a mis au défi quiconque de décrire ses modalités, la convention médicale

ayant prévu près d'une centaine de tarifs applicables selon les différents cas de figure.

Mme Marisol Touraine a considéré que la mesure proposée aurait pour effet de stigmatiser des personnes qui sont en situation de précarité.

M. Yves Bur a estimé qu'il ne s'agit pas de stigmatiser les personnes bénéficiaires de la CMUc mais simplement de leur appliquer les mêmes règles qu'aux autres assurés, car il est de l'intérêt de tous que les assurés s'inscrivent dans le parcours de soins.

M. Simon Renucci a demandé qu'on incite d'abord les médecins à accepter en consultation les bénéficiaires de la CMU.

Mme Jacqueline Fraysse s'est opposée à l'amendement, tout en comprenant pour partie l'objectif poursuivi, dans la mesure où, du fait de leur très grande complexité, les règles relatives au parcours de soins sont encore plus difficiles à faire respecter pour des personnes en situation de précarité.

Mme Martine Billard a indiqué que les résultats de premières études montraient des différences sensibles, selon les régions et la démographie médicale, concernant les refus opposés par certains médecins à des consultations avec des bénéficiaires de la CMU. Il serait donc utile de disposer d'informations plus précises sur ce sujet.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que le rapport remis par M. Jean-François Chadelat au ministre de la santé et des solidarités sur les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU indique qu'environ 65 % des bénéficiaires de la CMU respectent le parcours de soins. Or, le parcours de soins, qui est un des pivots de la réforme de l'assurance maladie de 2004, et dont les modalités de mise en œuvre sont fixées par les partenaires conventionnels, constitue un progrès dont tous les assurés doivent pouvoir bénéficier.

Mme Catherine Génisson a souhaité que la contrainte de responsabilisation des patients, qui ne sont justement pas toujours coupables, s'applique également aux médecins afin d'éviter certains comportements contestables.

La commission a *adopté* l'amendement.

Après l'article 35

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prélé visant à créer une franchise cautionnée.

M. Jean-Luc Prél a précisé que le dispositif de la franchise cautionnée, à travers un dispositif de type bonus/malus, a l'avantage de responsabiliser l'assuré tout au long de l'année.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 36

Dossier médical personnel

Cet article vise à aménager les modalités de mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP), en prévoyant principalement l'instauration d'un portail d'accès unique.

*

La commission a examiné un amendement du rapporteur prévoyant que le portail du DMP assure le contrôle et la traçabilité des accès aux DMP.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué qu'il s'agit de clarifier la rédaction de cet article, dès lors que le portail du DMP aura principalement pour but d'assurer le contrôle des accès aux DMP, mais que le gestionnaire de ce portail n'aura naturellement pas accès au contenu des dossiers. En dépit du retard dans le déploiement du DMP, et sans attendre les résultats de la mission d'information créée par la commission sur ce sujet, il est nécessaire, au niveau législatif, de prévoir la création de ce portail, comme le prévoit le présent article.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant que les modalités de mise en œuvre du dossier pharmaceutique (DP) soient définies par un décret spécifique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a précisé qu'il s'agit de permettre la mise en œuvre du dossier pharmaceutique sans attendre la mise en place du DMP.

Mme Martine Billard s'est inquiétée des pressions exercées par les laboratoires pharmaceutiques sur les pharmaciens, afin d'obtenir communication des données collectées par ceux-ci, à l'insu des assurés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que la Commission nationale pour l'informatique et les libertés (CNIL) avait donné son aval à la mise en place du DP.

M. Jean-Luc Prél a souligné l'importance d'améliorer le suivi de l'ensemble des spécialités pharmaceutiques délivrées aux patients, à travers ce dossier pharmaceutique, en rappelant qu'il avait déposé un amendement poursuivant le même objectif.

Mme Catherine Génisson a jugé nécessaire de mieux encadrer le dispositif actuel afin d'assurer la confidentialité des données.

M. Jean-Marie Le Guen s'est déclaré favorable au principe du DMP ainsi qu'à l'informatisation des données concernant la santé. Pour autant, l'établissement de véritables « barrières » pour résister à une exploitation commerciale de ces données est indispensable. Dans le secteur pharmaceutique, on assiste d'ores et déjà au développement de pratiques d'échanges de données. En tout état de cause, les contrôles tels ceux qui peuvent être mis en œuvre dans le cadre de la mission de surveillance du Conseil national de l'ordre ne peuvent suffire. C'est un sujet essentiel car, faute de garanties satisfaisantes apportées aux individus, les risques de « fuites » de données sont importants.

Le président Pierre Méhaignerie a fait observer que l'amendement présentement discuté rejoint le dispositif voisin, à venir en discussion après l'article 36, contenu dans un amendement de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél a déclaré vouloir en conséquence cosigner le présent amendement, soulignant qu'il permettra de renforcer la qualité du suivi au profit du patient.

Mme Jacqueline Fraysse a souligné la nécessité absolue de prévoir *a minima* des garde-fous afin d'empêcher la diffusion des données médicales. Certaines pratiques sont intolérables. Il existe notamment, pour employer une expression triviale, une forme de « flicage » des médecins par les visiteurs médicaux des laboratoires pharmaceutiques : ces derniers n'hésitent pas en effet à leur demander de faire évoluer leurs prescriptions en fonction de l'état des ventes réalisées. Si, à l'évidence, l'informatisation d'un certain nombre de données peut être une bonne chose, il est inadmissible qu'un fichier puisse être utilisé à de telles fins. Cela va, au demeurant, à l'encontre de toutes les politiques de lutte contre le gaspillage mises en œuvre actuellement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a considéré qu'il sera opportun de demander au cours de la séance publique au gouvernement des précisions complémentaires sur ce point ainsi que sur les garanties présentées par le dossier pharmaceutique au regard des exigences de la Commission nationale informatique et libertés (CNIL).

Le président Pierre Méhaignerie a confirmé qu'il lui semble important que ce sujet fasse l'objet d'un véritable débat, en particulier concernant cette dernière question.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à supprimer l'alinéa 8 de l'article 36.

M. Jean-Luc Prével a expliqué que le DMP perd tout son intérêt si les pratiques dites de « masquage du masquage » se multiplient, à savoir si le patient a la possibilité de rendre non visibles pour le médecin les modifications qu'il effectue sur son dossier médical.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a invité l'auteur de l'amendement à retirer celui-ci, rappelant que les dispositions prévues par cet article s'inscrivent dans le prolongement du rapport remis au ministre de la santé et des solidarités par M. Pierre-Louis Fagniez en janvier 2007, relatif au masquage d'informations par le patient dans son dossier médical personnel. De manière plus générale, il est important de laisser un peu de temps à la réflexion sur ces questions essentielles.

M. Olivier Jardé a fait observer que le risque est réel d'une entrave au développement du DMP, puisqu'en effet, laisser les dispositions en l'état risquerait de conduire les praticiens à se constituer un dossier pour réunir les informations qu'ils souhaiteraient conserver sur leur patient, parallèlement au DMP, ce qui est évidemment contestable.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a permis de poser des principes fondateurs. Mais, de deux choses l'une : soit on accepte de tirer toutes les conséquences de cette loi, y compris sur le fait que les données médicales n'appartiennent qu'au patient et il est vrai que cela pose alors les questions que l'on connaît concernant le DMP ; soit on estime que les dispositions de cette loi sont contestables et dans ce cas on assume de revenir dessus. En tout état de cause, il n'est pas possible de faire les choses à moitié en contournant par le DMP la législation protectrice des malades.

M. Jean Bardet a estimé que le DMP doit absolument être complet et sincère, sans quoi sa mise en place irait à l'encontre des intérêts du malade. Les dispositions prévues par le projet de loi à ce sujet doivent être retirées, d'autant qu'une mission d'information a été constituée au sein de la commission, afin précisément de traiter ces questions effectivement capitales. Il est donc important de la laisser travailler.

M. Dominique Tian a rappelé le risque que court le malade qui en vient à dissimuler des informations au médecin.

Après que le **rapporteur** a émis un avis défavorable, **M. Jean-Luc Prével** a retiré l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* l'article 36 ainsi modifié.

Après l'article 36

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à empêcher les entreprises pharmaceutiques de vendre à des officines des médicaments en quantités manifestement disproportionnées par rapport aux besoins de la délivrance au détail.

M. Jean-Luc Préel a rappelé qu'un certain nombre de pharmaciens achètent des produits dans des quantités supérieures aux besoins de leur activité, ce qui peut couvrir certains trafics.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a reconnu l'existence d'une difficulté. Cependant, le dispositif proposé soulèverait deux problèmes dans sa mise en œuvre. D'une part, comment véritablement apprécier le caractère manifestement disproportionné des volumes de ventes ? D'autre part, quelle serait la sanction du non-respect de cette nouvelle règle ?

M. Yves Bur a estimé qu'un tel dispositif a une portée réglementaire. Il est essentiel de ne pas rendre trop complexe la loi. Mais à l'évidence, la préoccupation fondant l'amendement doit être prise en compte, car il existe des pratiques d'importations de produits pharmaceutiques à l'étranger, pratiques en lien avec les difficultés observées en France.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a reconnu la nécessité plus générale de lutter contre les fraudes.

M. Jean-Luc Préel a regretté que le gouvernement n'ait pas pris les mesures nécessaires pour répondre à ce problème, qui est pourtant connu depuis fort longtemps.

Le président Pierre Méhaignerie a rappelé qu'il convient de ne pas surcharger les textes législatifs. Peut-être une interpellation du gouvernement au cours de la séance publique serait-elle préférable à l'adoption de l'amendement ?

Se déclarant défavorable à l'amendement, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a redit la difficulté qui ne manquerait pas de se poser pour la mise en œuvre du dispositif proposé : comment définir les « *quantités manifestement disproportionnées aux besoins de la dispensation au détail* » évoquées par l'amendement ?

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel ouvrant la possibilité aux pharmaciens d'officine de proposer, à titre gratuit ou onéreux, aux malades et aux personnes âgées ou handicapées dont la situation le nécessite, des services d'aide personnelle favorisant leur maintien à domicile.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, qui a indiqué qu'il proposera un dispositif voisin par un amendement à venir en discussion, **M. Jean-Luc Prél** a *retiré* l'amendement.

Article additionnel après l'article 36

Modalités de mise en œuvre du dossier pharmaceutique

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur complétant l'amendement précédemment adopté par la commission afin de promouvoir le développement du dossier pharmaceutique, en prévoyant notamment que les informations utiles à la coordination des soins sont reportées dans le DMP.

Après l'article 36

Compte tenu de l'adoption de l'amendement précédent, M. Jean-Luc Prél a *retiré* un amendement de rédaction voisine.

La commission a examiné un amendement de **M. Jean-Marie Le Guen** relatif aux modalités d'expression du consentement des patients à la consultation par les professionnels de leur DMP et de l'historique de leurs remboursements, dispositif dit du « web médecin ».

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a objecté que ce débat a déjà eu lieu au moment de la discussion de la loi relative à l'assurance maladie portant création du DMP en 2004 et a donné un avis défavorable à l'adoption de l'amendement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

M. Dominique Tian a *retiré* un amendement prévoyant que lorsqu'un patient dispose d'une prescription pharmaceutique avec plusieurs renouvellements, les pharmaciens sont tenus de délivrer ces médicaments sous la forme de grand conditionnement.

Article additionnel après l'article 36

Subordination à la délivrance de génériques de la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses pharmaceutiques des bénéficiaires de la couverture maladie universelle

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian prévoyant que la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses pharmaceutiques des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) est conditionnée à la délivrance de génériques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que des dispositions similaires sont déjà prévues aujourd'hui en matière de tiers-payant pour les bénéficiaires de la CMU et que cet amendement fait suite à un amendement de M. Yves Bur précédemment adopté par la commission.

M. Dominique Tian a objecté que son amendement a plutôt vocation à compléter le dispositif adopté par la commission.

M. Marc Bernier et **Mme Valérie Boyer** ont déclaré vouloir cosigner l'amendement.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 37

Dispositions diverses visant à l'harmonisation des prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale

Cet article introduit tout d'abord un principe de coordination entre tous les régimes obligatoires de sécurité sociale pour le risque maladie-maternité ; par ailleurs, il améliore le congé maternité des femmes chefs d'entreprise et des agricultrices ; enfin, il donne une nouvelle définition des conditions de prise en charge des patients atteints d'affections de longue durée non inscrites sur la liste de ces affections.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard tendant à revenir sur la nouvelle définition introduite par le projet de loi des affections de longue durée (ALD) dites « hors liste ».

Mme Martine Billard, estimant que cette nouvelle définition est restrictive par rapport au droit existant, a dénoncé l'absence de définition de la notion d'« affection grave caractérisée » et s'est interrogée sur l'autorité médicale qui pourrait fixer des critères permettant d'apprécier si telle ou telle affection grave est susceptible d'ouvrir droit à une exonération du ticket modérateur. Quel sera le rôle de la Haute autorité de santé pour la définition de ce nouveau régime des affections de longue durée « hors liste » ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a fait remarquer que la notion d'« affection non inscrite » est vague. Aujourd'hui, on veut précisément en actualiser la définition par le recours à deux critères cumulatifs : la notion d'« affection grave caractérisée » d'une part ; mais aussi, d'autre part, la notion essentielle d'« affection nécessitant un traitement prolongé et coûteux ». Il s'agit d'une clarification de la définition législative de l'affection de longue durée « hors liste », le contrôle

médical ayant bien recours actuellement à ces deux critères cumulatifs pour accorder une exonération du ticket modérateur.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné deux amendements identiques, présentés respectivement par Mme Martine Billard et Mme Catherine Génisson, visant à prévoir que pour la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD) ne figurant pas sur la liste nominative de ces affections définie à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, le médecin-conseil se prononce après avoir recueilli l'avis du comité national inter-régimes qui est chargé de garantir un traitement homogène des demandes de prise en charge des ALD dites « hors liste ».

Mme Catherine Génisson a estimé que l'obligation cumulative de présenter à la fois une affection grave caractérisée, un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse est excessive.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a observé qu'une affection grave exige nécessairement un traitement onéreux ; par ailleurs, la création d'un comité national inter-régime apparaît prématurée alors qu'une réforme de grande ampleur de la prise en charge des malades chroniques est en préparation ; il convient donc de ne pas adopter ces amendements.

Mme Catherine Génisson a objecté que malheureusement certaines maladies très graves, comme la maladie de Charcot, connaissent encore une évolution le plus souvent rapide et pas très onéreuse pour la sécurité sociale, justement faute de traitement approprié. Les critères de reconnaissance devraient donc être alternatifs.

M. Denis Jacquat a approuvé cette position.

Le président Pierre Méhaignerie a proposé que la question soit revue dans le cadre de la réunion que la commission tiendra en application de l'article 88 du Règlement de l'Assemblée nationale.

La commission a *adopté* les amendements.

Puis, la commission a *adopté* l'article 37 ainsi modifié.

Article 38

Déclaration des produits et prestations remboursables

Cet article vise à renforcer les obligations de déclaration à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) qui incombent aux fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux et à les assortir de sanctions financières en cas d'inexécution, ce qui devrait faciliter une meilleure

connaissance de ce marché en forte croissance et donc les conditions d'une régulation efficace.

*

La commission a *adopté* un amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, proposant une rédaction globale de l'article, afin notamment d'écarter en premier lieu tout vide juridique dans le régime de déclaration des produits et prestations remboursables entre l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et le 1^{er} janvier 2009, date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif et d'apporter en second lieu quelques précisions rédactionnelles.

L'article 38 a été ainsi *rédigé*.

Après l'article 38

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Cécile Gallez prohibant la vente par les distributeurs aux officines de médicaments en quantités manifestement disproportionnées à leurs besoins.

La commission a examiné en discussion commune deux amendements de portée analogue, présentés respectivement par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et Mme Cécile Gallez et habilitant les pharmaciens d'officine à proposer, à titre gratuit ou onéreux, des services d'aide personnelle, notamment à domicile, aux malades et aux personnes âgées ou handicapées.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a expliqué qu'il s'agit de permettre aux pharmaciens de mettre à profit leur connaissance des publics fragiles afin de renforcer l'offre de services à la personne ; cette précision législative est utile du fait du caractère limitatif des activités professionnelles susceptibles d'être exercées par les pharmaciens d'officines et des produits et services pouvant être vendus par les titulaires d'officines.

M. Yves Bur s'est interrogé sur la portée de l'amendement. Reviendrait-il à permettre aux pharmaciens d'embaucher des aides ménagères et des aides soignantes ?

M. Paul Jeanneteau a fait valoir que ces dispositions permettront au pharmacien de jouer son rôle de professionnel de santé auprès des personnes restant à domicile.

M. Dominique Dord a considéré que l'amendement relève du vœu pieu, sans grande portée, tout en empiétant sur le rôle des comités locaux d'information et de concertation (CLIC).

M. Dominique Tian a estimé que la possibilité d'offrir des services à titre onéreux ouverte par l'amendement pose un réel problème en matière de responsabilité des pharmaciens et changerait la nature de leur métier.

M. Denis Jacquat a rappelé que les pharmaciens ont été associés au développement des CLIC expérimentaux.

Mme Marisol Touraine s'est interrogée sur le sens de la mesure proposée : soit il s'agit de rappeler que les pharmaciens peuvent informer sur les services existants et alors cela n'a aucune portée ; soit il s'agit de mettre en place des nouveaux services d'aide à la personne. Dans ce dernier cas, il faudrait le dire explicitement, sinon l'amendement est législativement inutile.

Mme Catherine Lemorton a abondé dans ce sens, rappelant que les pharmaciens fournissent des services de conseil depuis des années.

M. Guy Malherbe a jugé qu'offrir des services à la personne, c'est le rôle des CLIC et des centres communaux d'action sociale (CCAS), les pharmaciens pouvant être associés à ces structures.

M. Yves Bur s'est interrogé sur l'appartenance de tels amendements au champ des lois de financement de la sécurité sociale et a appelé à leur retrait.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a objecté aux intervenants qu'il s'agit d'habiliter les pharmaciens à se rendre au domicile des personnes afin, par exemple, de mettre en place et leur expliquer le fonctionnement de certains dispositifs médicaux ; cela n'est fait actuellement ni par les CLIC, ni par les CCAS. Un avis de professionnel de santé est indispensable. Mais comprenant l'inquiétude soulevée, le rapporteur a déclaré accepter de retirer son amendement.

M. Dominique Tian a proposé de retirer le terme « onéreux » de l'amendement ; il serait plus acceptable dans cette rédaction.

M. Dominique Dord a suggéré de modifier la rédaction des amendements afin de sanctionner les pharmaciens qui ne fourniraient pas ce type de conseils à titre gratuit...

Les deux amendements ont été *retirés*.

M. Jean-Luc Prétel a présenté un amendement reportant au 1^{er} janvier 2009 la réintégration des dispositifs médicaux dans les dotations financières de soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a répondu que le présent projet de loi comporte des mesures figurant au II de l'article 45 qui lèveront les inquiétudes des établissements quant à la date butoir du 31 décembre 2007.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 39

Restructuration du réseau des officines de pharmacie

Cet article vise à permettre de restructurer le réseau officinal français en favorisant le transfert et le regroupement des officines de pharmacie et en relevant les seuils de population pour procéder à une création d'officine tout en préservant les garanties de desserte en médicaments des populations.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article présenté par M. Georges Colombier.

M. Georges Colombier a expliqué que la législation en vigueur en matière de création, transfert ou regroupement de pharmacies est déjà très contraignante et ne permet pas de répondre aux besoins des zones en expansion géographique rapide ; il convient donc d'éviter tout nouveau durcissement. En outre, la mesure proposée au présent article s'inscrit à contre-courant de la volonté du Président de la République de libéraliser les professions réglementées comme le préconise également la commission présidée par M. Jacques Attali ; les jeunes pharmaciens doivent pouvoir s'installer. La tendance européenne est également à l'ouverture du marché des pharmacies.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a souligné l'utilité du présent article pour la restructuration du tissu officinal français. Aujourd'hui les petites pharmacies ont du mal à subsister : 170 ont fermé de 2000 à 2006 ; 75 ont fermé en 2006 pour seulement 13 créations. Accompagner les regroupements est vraiment nécessaire et, s'agissant des créations, le texte préserve des marges de manœuvre puisque la tranche de population par pharmacie n'est relevée de 2 500 à 3 500 habitants que là où existe déjà une pharmacie et seulement en dehors des zones fragiles définies par les différentes législations d'aménagement du territoire.

Le président Pierre Méhaignerie a observé qu'il faut en la matière concilier des préoccupations contradictoires : la restructuration nécessaire du tissu officinal ; l'ouverture à la concurrence des professions réglementées ; la prise en compte des intérêts en cause avec l'augmentation de la valeur des fonds de commerce.

M. Marc Bernier a observé que puisque l'on incite au regroupement des médecins dans des maisons médicales, il y aura de toute façon un mouvement parallèle de regroupement des officines. C'est l'intérêt des pharmaciens. Il faut se projeter dans l'avenir et ne pas s'opposer à la restructuration du réseau officinal.

M. Georges Colombier a illustré sa thèse en indiquant que dans le nord de l'Isère, il connaît trois cas de communes où l'on ne peut pas créer d'officine malgré une forte augmentation de la population. Le projet de loi va bloquer davantage les demandes d'installation des jeunes pharmaciens.

M. Denis Jacquat s'est prononcé contre l'amendement en soulignant que l'enjeu essentiel est au niveau européen avec la réforme qui aura lieu en 2009.

Mme Valérie Boyer a remarqué que les créations d'officine restent possibles dès lors que l'on passe les seuils de population par pharmacie de 2 500 ou 3 500 habitants ; dans un contexte de rapide évolution démographique, les créations restent donc possibles. Les seuils proposés paraissent adaptés.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé qu'il vaudrait mieux anticiper sur la révolution profonde que l'on va connaître d'ici une décennie, notamment en matière de technologie, plutôt que de rapiécer un modèle dépassé.

M. Alain Marc a souhaité que le système des médecins propharmaciens existant dans certaines zones rurales puisse être préservé.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* deux amendements rédactionnels du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, puis un amendement de coordination portant sur Wallis-et-Futuna, présentés par le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, ainsi que trois amendements de précision identiques du rapporteur, de Mme Françoise Hostalier et de M. Jean-Luc Préel.

M. Georges Colombier a ensuite présenté un amendement qui exclut les zones de revitalisation rurale du dispositif de l'article L. 5125-11 du code de santé publique afin de permettre d'accueillir de manière plus souple de nouvelles pharmacies.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'amendement, faisant valoir que les seuils actuels de population sont maintenus pour les petites communes.

La commission a *rejeté* l'amendement

La commission a examiné un amendement de Mme Françoise Hostalier abrogeant l'article L. 5125-12 du code de la santé publique par souci de cohérence avec la nouvelle rédaction de l'article L. 5121-11 du même code.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré favorable à cette mesure de simplification administrative.

La commission a *adopté* l'amendement.

En conséquence, deux amendements de M. Georges Colombier sont *devenus sans objet*.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail rectifiant une erreur matérielle de décompte d'alinéa.

La commission a examiné un amendement de M. Georges Colombier visant à ce que la mise en place du nouveau dispositif ne pénalise pas les dossiers de création de pharmacies en cours d'instruction par les services de l'État, la modification des règles en cours de route réduisant à néant l'investissement humain et financier que nécessite l'ouverture d'une nouvelle officine.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré favorable à cette mesure sous réserve d'une rectification de l'emplacement d'insertion de l'amendement dans l'article.

M. Georges Colombier ayant accepté une telle rectification, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *adopté* trois amendements de précision identiques de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, de Mme Françoise Hostalier et de M. Jean-Luc Préel portant sur l'alinéa 29.

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Jean-Luc Préel et de Mme Françoise Hostalier visant à compter dans le nombre des licences de la commune d'implantation les licences des officines issues d'un regroupement, qu'elles soient de la même commune ou d'une commune limitrophe.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à cet amendement car le projet de loi permet les regroupements au-delà de la commune d'origine et des communes limitrophes.

Mme Françoise Hostalier et **M. Jean-Luc Préel** ont *retiré* leurs amendements.

La commission a *adopté* deux amendements identiques de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et de M. Georges Colombier visant à ramener la période de gel des licences des officines ayant fait l'objet d'un regroupement de dix à cinq ans afin de prendre en compte les évolutions rapides de la démographie.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail adaptant le régime applicable à Mayotte compte tenu des nouvelles dispositions de l'article L.5125-3 du code de la santé publique.

La commission a *adopté* deux amendements identiques de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et de

M. Georges Colombier rendant applicable aux demandes de création de pharmacies la date d'entrée vigueur prévue pour les demandes de transfert et de regroupement, à savoir le 1^{er} janvier 2008.

Elle a également *adopté* un amendement de précision du rapporteur portant sur la présentation des demandes.

La commission a examiné deux amendements de précision du rapporteur et de Mme Françoise Hostalier modifiant le régime transitoire applicable aux créations d'officine.

Mme Françoise Hostalier a *retiré* son amendement et cosigné celui du rapporteur.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 39 ainsi modifié.

Article 40

Montant pour 2008 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Cet article vise à fixer, pour 2008, le montant des ressources versées par les régimes obligatoires de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à élargir ses missions au financement de dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France.

*

M. Dominique Tian a présenté un amendement visant à ce que le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés puisse financer des aides à l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé quel que soit leur statut.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur** selon lequel le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés finance déjà des contrats d'amélioration des conditions de travail qui ne sont d'ailleurs pas réservés aux établissements publics de santé, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* un amendement de précision rédactionnelle du rapporteur.

La commission a *adopté* l'article 40 ainsi modifié.

Article 41

**Contribution financière des établissements de santé
à la Haute autorité de santé (HAS)**

Cet article adapte les modalités de la contribution financière dont les établissements et organismes visités par la Haute autorité de santé (HAS) doivent s'acquitter dans le cadre de la procédure de certification des établissements pour tenir compte des spécificités des maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS).

*

La commission a *adopté* l'article 41 sans modification.

Article 42

**Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité
(T2A) aux établissements de santé**

Cet article modifie plusieurs dispositions relatives à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) qui est le nouveau mode de financement des établissements de santé tant publics que privés et vise en particulier à modifier en profondeur les règles de montée en charge de la tarification à l'activité pour les établissements antérieurement sous dotation globale.

*

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Martine Billard et Mme Jacqueline Fraysse visant à supprimer l'article 42 qui prévoit que l'activité des établissements publics de santé sera désormais valorisée à 100 % des tarifs.

M. Simon Renucci a indiqué que, selon la Fédération des hôpitaux de France (FHF), les tarifs ne financeraient en fait au maximum que 80 % de l'activité des hôpitaux publics.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, qui a rappelé les effets bénéfiques de la T2A, la commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a examiné deux amendements identiques présentés par M. Claude Leteurtre et M. Jean-Marie Le Guen visant à créer, au sein du système de financement à l'activité des établissements de santé, une nouvelle dotation de financement des charges de structure.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à ces amendements car ils contribuent à complexifier excessivement le système de tarification en créant une nouvelle dotation.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a examiné un amendement de M. Yves Bur relatif à la convergence visant d'une part à mieux définir la cible de la convergence tant intrasectorielle qu'inter-sectorielle en précisant qu'elle s'opère vers les établissements les plus efficaces, d'autre part à décaler l'achèvement du processus de convergence intersectorielle en 2017 au lieu de 2012, de manière à achever d'abord la convergence intrasectorielle des établissements publics.

M. Yves Bur a indiqué qu'au-delà de l'affirmation légitime d'une volonté politique de parvenir à la convergence en 2012, on sait dès aujourd'hui que cet objectif ne pourra pas être atteint. Il convient donc d'en tirer les conséquences.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré d'accord pour mieux définir dans la loi la cible de la convergence. En revanche, la date cible de 2017 pour l'achèvement de la convergence intersectorielle ne semble pas appropriée car un report du calendrier législatif actuel risque de faire perdre toute crédibilité à la T2A.

M. Claude Leteurre a souligné que 2017 apparaît plus réaliste pour l'achèvement de la convergence intersectorielle et qu'on évitera ainsi tout blocage du système.

Le président Pierre Méhaignerie a souhaité que soit conservée la date cible de 2012 pour l'achèvement de la convergence intersectorielle.

Mme Marisol Touraine s'est déclarée au contraire favorable à l'amendement de M. Yves Bur qui prévoit une période de transition plus longue.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que le rapport d'information de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), « *Réussir la T2A* », de juillet 2006 énonce explicitement que « *l'objectif de convergence des tarifs dans le secteur public en 2012 peut être maintenu* » et que tout report du calendrier de la convergence nuirait à la crédibilité d'ensemble de la réforme.

M. Pierre Morange a confirmé les conclusions de la MECSS sur la soutenabilité du processus de convergence intrasectorielle pour le secteur public à échéance de 2012. Il faut s'en tenir au cadre législatif fixé car il est malvenu d'avoir des positions à géométrie variable sur ce sujet. Les réserves soulevées par M. Yves Bur tiennent compte du principe de réalité et sont de ce point de vue respectables, mais il convient de faire preuve de davantage de volontarisme politique en la matière.

M. Yves Bur a alors rectifié son amendement en proposant la date de 2014 pour l'achèvement de la convergence intersectorielle public/privé.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a ensuite *adopté* un amendement de M. Dominique Tian, auquel s'est associé le rapporteur. En conséquence, un amendement similaire du rapporteur, visant à ce que l'objectif de convergence intrasectorielle des tarifs du secteur public soit atteint à 50 % en 2009, est *devenu sans objet*, ainsi que l'amendement de M. Dominique Tian visant à rétablir l'objectif de 50 % en 2008.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Jean-Marie Le Guen et M. Claude Leteurtre tendant à permettre aux hôpitaux locaux de bénéficier d'une tarification à l'activité à 100 % pour les activités d'alternative à la dialyse en centre et en hospitalisation à domicile.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a estimé que, compte tenu du périmètre réduit des hôpitaux locaux, il faut éviter de complexifier le système en permettant un financement partiel à l'activité des hôpitaux locaux pour l'hospitalisation à domicile et la dialyse. Il convient d'attendre le passage à la T2A à 100 % dans ce secteur qui s'apparente souvent plus aux soins de suite et de réadaptation qu'aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

M. Claude Leteurtre a écarté ce raisonnement en faisant valoir que toute position attentiste risquait de conduire à la fermeture de services dans ces hôpitaux locaux.

Mme Jacqueline Fraysse a déclaré partager cette opinion d'autant plus que les hôpitaux locaux répondent à un véritable besoin.

Mme Valérie Fourneyron a abondé dans ce sens et ajouté qu'il fallait, en outre, une réflexion globale sur les systèmes de soins.

M. Philippe Boënnec a jugé intéressante l'idée d'étendre la T2A aux hôpitaux locaux.

M. Marc Bernier a souligné que les hôpitaux locaux reposent bien souvent sur les médecins libéraux et qu'il n'est pas possible de séparer l'hôpital local des services d'hospitalisation à domicile.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a déclaré être sensible aux arguments développés. Il est sûr que les hôpitaux locaux ont vocation à être financés à l'avenir par la tarification à l'activité. Le gouvernement pourrait être utilement interrogé sur ses intentions en la matière.

Le président Pierre Méhaignerie a souligné qu'il est possible d'adopter l'amendement sans attendre la réponse du gouvernement.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* les amendements.

La commission a examiné deux amendements identiques, présentés par MM. Dominique Tian et Jean-Marie Le Guen, visant à proposer la prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, en sus des financements globaux déjà prévus pour les établissements de soins de suite ou de réadaptation, des spécialités pharmaceutiques onéreuses et des dispositifs médicaux au moyen d'une enveloppe spécifique.

M. Claude Leteurtre a souligné l'intérêt de ce financement spécifique pour des établissements qui rencontrent souvent des difficultés financières du fait du coût élevé de ces spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a émis un avis défavorable sur ces trois amendements en considérant que la création d'une nouvelle enveloppe destinée au financement des dispositifs médicaux et des médicaments coûteux est prématurée car elle n'a de sens que dans le cadre d'un financement de l'activité par les tarifs, alors que les établissements de soins de suite et de réadaptation ne pratiquent pas encore la tarification à l'activité.

M. Philippe Boënnec a insisté sur le fait que les médicaments onéreux grèvent le budget des établissements de soins de suite et de réadaptation.

Mme Marisol Touraine a fait remarquer que la préoccupation dont ces amendements se font l'écho a déjà été exprimée lors de l'examen du précédent projet de loi de financement de la sécurité sociale et que la création d'une enveloppe de financement spécifique est d'autant plus justifiée.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a déclaré comprendre la motivation de ces amendements qui pourraient toutefois être légitimement satisfaits dans le cadre d'une augmentation de la dotation globale des établissements de soins de suite et de réadaptation. Leur adoption n'est cependant pas opportune dans la mesure où ils remettent en cause la philosophie générale de la tarification à l'activité. S'il faut certainement augmenter la dotation globale des établissements de soins de suite et de réadaptation, ce qui peut se faire dans l'année qui vient, il ne faut pas pour autant créer une enveloppe de financement spécifique pour les médicaments coûteux et les dispositifs médicaux tant que la tarification à l'activité n'est pas entrée en vigueur dans le secteur des soins de suite et de réadaptation.

M. Dominique Tian a réaffirmé la pertinence de ces amendements. Les établissements de soins de suite et de réadaptation sont dans une phase critique. Comme ils ne seront pas financés par la tarification à l'activité avant longtemps, il convient de les accompagner.

M. Claude Leteurtre a reconnu que le rapporteur a raison sur le plan des principes. Cependant, l'impréparation de la tarification à l'activité est à l'origine de blocages majeurs et il est sûr que les établissements de soins de suite et de réadaptation ne parviennent pas à faire face à leurs obligations. Les amendements proposés permettent de mettre en place un système transitoire avant la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

M. Philippe Boënnec a souscrit à la logique défendue par le rapporteur, tout en insistant sur les difficultés réelles de financement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

Contrairement à l'avis du **rapporteur**, la commission a *adopté* les amendements.

En conséquence, un amendement similaire de M. Claude Leteurtre est *devenu sans objet*.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Dominique Tian visant à proposer la prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, en sus des financements globaux déjà prévus pour les établissements de psychiatrie, des spécialités pharmaceutiques onéreuses et des dispositifs médicaux au moyen d'une enveloppe spécifique.

M. Dominique Tian a indiqué que cet amendement procède de la même logique que le précédent. Il vise à assurer la survie des établissements de psychiatrie.

Le président Pierre Méhaignerie a souligné que l'adoption d'un amendement sur les établissements de soins de suite et de réadaptation, qui répond aux besoins urgents de ce secteur, va permettre d'engager le débat sur la tarification à l'activité que souhaite M. Dominique Tian. Il convient désormais de prévoir une discussion globale avec le gouvernement et M. Dominique Tian pourrait donc retirer les autres amendements relatifs à la tarification à l'activité qu'il a déposés.

Suivant la proposition du président Pierre Méhaignerie, **M. Dominique Tian** a retiré sept amendements relatifs à :

– la création d'une enveloppe spécifique pour les dispositifs médicaux et les médicaments coûteux pour les établissements de psychiatrie ;

– la prise en compte de l'évolution des rémunérations des charges des personnels des établissements de psychiatrie dans la fixation des tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) ;

– la création de coefficients de précarité et de coefficients d'aménagement du territoire ;

– l'aménagement des règles de la montée en charge de la tarification à l'activité au niveau régional ;

– l'atténuation des conséquences de la suppression progressive du coefficient de haute technicité ;

– l'alignement des tarifs entre le public et le privé pour toute nouvelle création de nouveaux groupes homogènes de séjour (GHS) ;

– la prise en compte de l'évaluation de la dynamique de croissance des activités en soins de suite et réadaptation et de psychiatrie dans l'objectif quantifié national pour les établissements des soins de suite.

Puis, la commission a *adopté* l'article 42 ainsi modifié.

Après l'article 42

À la demande du président Pierre Méhaignerie, **M. Dominique Tian** a également accepté de retirer les cinq amendements suivants, relatifs à :

– l'explicitation des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé ;

– l'extension du champ d'application des financements des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;

– la création de deux objectifs de dépenses des établissements publics et privés pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation ;

– la remise d'un rapport au Parlement sur l'avancement de l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2007 et pour une durée de cinq ans de la tarification à l'activité pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation ;

– la fixation au 1^{er} janvier 2012 au plus tard de la mise en œuvre de la tarification à l'activité pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation.

M. Dominique Tian a indiqué qu'il représenterait tous ses amendements lors de la réunion de la commission au titre de l'article 88 du Règlement.

Article 43

Expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires

Cet article a pour objet d'autoriser, à titre expérimental et à compter du 1^{er} janvier 2008, de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transport prescrits au sein des établissements de santé.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**.

La commission a *adopté* l'article 43 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 43

Mise à la charge des établissements de santé des consultations qu'il n'a pas été possible d'identifier par le répertoire partagé des professionnels de santé

La commission a examiné un amendement de M. Yves Bur prévoyant que les consultations, actes externes et prescriptions sont mis à la charge des établissements de santé lorsqu'il n'est pas possible aux organismes d'assurance maladie d'identifier, au moyen du répertoire partagé des professionnels de santé (répertoire ADELI), celui qui les a réalisés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a insisté sur le fait qu'il convient que les médecins salariés des établissements hospitaliers utilisent leur numéro ADELI qui a l'avantage de la simplicité.

Mme Valérie Boyer a fait remarquer que beaucoup l'utilisent déjà. Ce problème de l'identification des médecins salariés des établissements hospitaliers s'inscrit dans la problématique plus générale des relations entre soins de ville et hôpital et ne trouvera de solution qu'avec la création du dossier médical personnel (DMP).

M. Claude Leteurtre, considérant que les professionnels de santé ne se sont pas mobilisés pour recourir à ce répertoire, a souligné l'intérêt fondamental de cet amendement.

M. Philippe Boënnec a insisté sur le fait qu'il est indispensable de responsabiliser toute la chaîne des intervenants de l'assurance maladie.

Après avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* l'amendement.

Article 44

Groupements de coopération sanitaire

Cet article confie aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) le pouvoir de créer des groupements de coopération sanitaire dotés de compétences obligatoires qui peuvent être érigés en établissements de santé en vue de favoriser les restructurations hospitalières.

*

La commission a examiné deux séries identiques de quatre amendements présentés par MM. Jean-Marie Le Guen et Claude Leteurtre visant à instiller plus de concertation dans la création des groupements de coordination sanitaire (GCS) en prévoyant, d'une part, la saisine pour avis de la conférence sanitaire de territoires et du comité régional d'organisation sanitaire en cas de création d'un GCS doté de compétences obligatoires ou d'adhésion à un GCS d'établissements de santé privés et, d'autre part, l'avis favorable de l'assemblée générale du groupement de coopération sanitaire en cas d'adhésion à un GCS d'un établissement privé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a émis un avis défavorable sur ces amendements en faisant valoir qu'ils restreignent les pouvoirs des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation en introduisant notamment un « droit de veto » de l'assemblée générale du groupement en cas d'adhésion à un GCS d'un établissement privé.

M. Philippe Boënnec a fait remarquer que la concertation existe déjà au sein des GCS.

En conséquence, la commission a *rejeté* les amendements.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a également *rejeté* un amendement de M. Claude Leteurtre présenté par **M. Jean-Luc Prével** visant à permettre aux centres hospitaliers régionaux et aux hôpitaux locaux de participer à une fédération médicale interhospitalière et deux amendements identiques de MM. Claude Leteurtre et Jean-Marie Le Guen visant à permettre aux directeurs des agences de l'hospitalisation de déterminer la proportion maximale des actes et séjours que l'établissement peut réaliser dans le cadre des centres hospitaliers régionaux.

La commission a *adopté* l'article 44 sans modification.

Après l'article 44

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Dominique Tian visant à n'appliquer aux établissements de santé les pénalités prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour

2006 que dans la mesure où l'objectif quantifié régional de l'offre de soins dans lequel l'établissement est situé a été dépassé pour l'ensemble du territoire de santé, ainsi qu'un amendement présenté par M. Claude Leteurtre visant à autoriser la mise à disposition de personnel hospitalier auprès d'entreprises liées à l'établissement de santé employeur.

Article 45

Financement des établissements sociaux et médico-sociaux

Cet article contient diverses mesures relatives au financement des établissements sociaux et médico-sociaux qui tendent à faciliter le financement des investissements immobiliers, la création de places nouvelles et la formation de personnels soignants, à définir les modalités de tarification et de financement des prestations des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'ayant pas conclu de convention tripartite au 31 décembre 2007, à permettre aux logements-foyers disposant d'une section de cure médicale d'obtenir un conventionnement partiel et à ceux disposant d'un forfait de soins courants de conserver leur dotation ainsi qu'à renforcer la programmation pluriannuelle du financement des créations de places.

*

La commission a *adopté* deux amendements rédactionnels du rapporteur.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a ensuite *rejeté* deux amendements présentés par M. Jean-Luc Prél et visant à conditionner l'utilisation des réserves de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à l'existence d'investissements destinés à améliorer la compensation de la perte ou du manque d'autonomie des personnes prises en charge.

La commission a ensuite *adopté* un amendement de clarification rédactionnelle du rapporteur portant sur l'expression « investissement et équipement immobiliers », un amendement du rapporteur précisant que l'investissement immobilier inclut la création de places nouvelles et un amendement rédactionnel du rapporteur portant sur l'alinéa 8.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Claude Leteurtre modifiant l'affectation des réserves de la CNSA.

La commission a examiné deux amendements en discussion commune de M. Claude Leteurtre et de Mme Michèle Delaunay visant à proroger de deux années, pour le premier, et d'une année, pour le second, la date limite de conclusion des conventions tripartites des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Mme Danièle Hoffman-Rispal a considéré que l'absence de conclusion de nombre de conventions tripartites n'est pas de la responsabilité des établissements mais incombe à des insuffisances de moyens des services chargés de l'instruction des demandes, les directions départementales de l'action sanitaire et sociale et les conseils généraux. En outre, les établissements connaissent des difficultés pour appliquer certaines nouvelles règles complexes, ce qui peut avoir des conséquences dommageables pour les personnes âgées accueillies dans les établissements.

M. Claude Leteurtre a souhaité que les établissements ne subissent pas les conséquences de retards qui ne leur sont pas imputables.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que la date limite de conclusion des conventions tripartites a été reportée à quatre reprises et qu'il fallait maintenant s'en tenir à celle qui est fixée. Le gouvernement s'est d'ailleurs engagé à résoudre au plus vite les difficultés administratives qui bloquent encore la signature de certaines conventions, en envoyant des équipes de suivi dans les départements pour surmonter les blocages qui seraient purement administratifs, afin que celles-ci puissent être conclues avant la fin de cette année. Les représentants des EHPAD entendus par le rapporteur ont indiqué bien comprendre l'impossibilité de reporter année après année la date limite de signature des conventions ; ils ont connaissance de l'initiative du gouvernement. Personne ne restera au bord de la route.

M. Dominique Tian a souhaité connaître l'état des signatures des conventions tripartites et estimé que l'on ne peut pas pénaliser les établissements alors que l'Etat n'a pas fait son travail.

La commission a *rejeté* l'amendement de M. Claude Leteurtre.

Contrairement à l'avis du **rapporteur**, la commission a *adopté* l'amendement de Mme Michèle Delaunay.

En conséquence, deux amendements de M. Claude Leteurtre, un amendement de M. Jean-Luc Prével, un amendement de Mme Michèle Delaunay et trois amendements du rapporteur sont *devenus sans objet*.

Mme Valérie Boyer a jugé excessif le nombre de reports de date. C'est là un problème de crédibilité de l'Etat. Les établissements doivent être incités à signer par la fixation d'une date butoir. Un nouveau report d'une année ne va pas dans le sens de l'intérêt général.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a répété qu'il s'agit là du quatrième report de date limite de signature, la première échéance ayant été fixée au 1^{er} janvier 1999.

Compte tenu des conséquences législatives de l'adoption de l'amendement de Mme Michèle Delaunay, le **président Pierre Méhaignerie** a proposé aux auteurs des amendements restant en discussion sur l'article 45 de les retirer. Cette proposition a été acceptée pour tous les amendements, à l'exception d'un amendement de Mme Danièle Hoffman-Rispal.

En conséquence, trois amendements de M. Claude Leteurre, quatre amendements du rapporteur, un amendement de M. Jean-Luc Prél et un amendement de Mme Danièle Hoffman-Rispal ont été *retirés*.

Puis, la commission a examiné un amendement de Mme Danièle Hoffman-Rispal visant à ne pas prendre en compte le montant des subventions d'investissement des personnes publiques dans le calcul du prix de journée à la charge des résidents des EHPAD.

Mme Danièle Hoffman-Rispal a indiqué qu'il s'agit de réaliser une promesse faite depuis plus de trois ans par trois gouvernements successifs et de traduire en acte une des préconisations formulées par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) dans le rapport présenté en mai 2006 par Mme Paulette Guinchard sur le fonctionnement des EHPAD. La mesure présentée avait été acceptée par la commission lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les députés en avaient discuté en séance publique et le gouvernement avait donné son accord en proposant de mettre en œuvre cette mesure par décret. Des décrets ont été rédigés mais ils n'ont pas été publiés. L'amendement propose en fait d'appliquer aux subventions des collectivités publiques le même traitement que les crédits d'investissement de la CNSA qui ne sont pas répercutés sur les charges d'amortissement servant à déterminer le prix de journée. Cette disposition éviterait ainsi de relever les tarifs d'hébergement. Des députés de la majorité soutiennent cette initiative, comme l'an dernier.

M. Denis Jacquat s'est associé à ce qui vient d'être dit et a indiqué qu'il cosigne l'amendement. Il est souhaitable de corriger les inégalités tarifaires selon les régions. L'initiative doit aller jusqu'au bout car le gouvernement affirme que les décrets d'application sont maintenant prêts ; l'adoption de l'amendement par la commission permettra au moins de faire accélérer leur publication.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué qu'il s'agit de généraliser un dispositif comptable appliqué par la ville de Paris et par le département des Vosges, qui permet d'amortir sans répercussion sur les tarifs d'hébergement des investissements immobiliers du département. Toutefois, une fois amortis, ces investissements doivent être renouvelés pour éviter un renchérissement des prix de journée. Ce faisant, les collectivités territoriales se verraient imposer une nouvelle contrainte de gestion et de financement des EHPAD. Cet amendement entraînerait une uniformisation. C'est un choix politique.

M. Pierre Morange a apporté son soutien à l'amendement qui met en œuvre une des propositions de la MECSS. Il permettra de réduire le reste à charge des personnes âgées accueillies en EHPAD qui s'élève actuellement à 500 ou 600 euros par mois, compte tenu d'une moyenne de pension de retraite d'environ 1 100 euros. Le tarif mensuel d'hébergement est en effet en moyenne de 1 700 à 1 800 euros. Il s'agit aussi d'assurer l'égalité sur l'ensemble du territoire. La règle comptable qui est proposée doit donc effectivement être appliquée sur tout le territoire. La MECSS avait d'ailleurs relevé des écarts tarifaires allant du simple au double sur le territoire, qui restaient inexplicables.

Le président Pierre Méhaignerie a demandé quelle serait la conséquence d'une telle mesure pour les conseils généraux.

Mme Danièle Hoffman-Rispal a indiqué qu'il n'y aurait pas de conséquence financière pour les départements.

M. Denis Jacquat a précisé que l'amendement s'inscrit dans la ligne de la recherche de l'amélioration de la solvabilité des familles que l'on peut faire remonter à l'action d'Adrien Zeller lorsqu'il était ministre et à la mission de Théo Braun sur la grande dépendance. Si les décrets d'application sont prêts, ils doivent être publiés pour réduire la charge financière supportée par les familles en cas de placement en institution d'un parent.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a précisé que les décrets portaient uniquement sur les charges d'emprunt et leur amortissement comptable.

La commission a *adopté* l'amendement.

Puis, la commission a *adopté* l'article 45 ainsi modifié.

Après l'article 45

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Hoffman-Rispal visant à reporter au 1^{er} janvier 2010 la prise en compte des médicaments et dispositifs médicaux remboursables dans les prestations de soins des établissements qui accueillent des personnes âgées.

Article 46

Interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse en centre de planification ou d'éducation familiale

Cet article vise à autoriser les médecins exerçant dans des centres de planification à pratiquer, sous certaines conditions, des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse.

*

La commission a *adopté* l'article 46 sans modification.

Article 47

Dépistage et vaccination gratuits des hépatites virales en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Cet article prévoit que le dépistage des hépatites virales et la vaccination contre ces virus soient gratuits et anonymes lorsqu'ils sont effectués dans un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Catherine Lemorton visant à préciser le caractère gratuit du dépistage des hépatites, qu'il s'agisse de l'hépatite B ou C, et de la prise en charge de la vaccination contre ces virus.

Mme Catherine Lemorton a jugé préférable de faire explicitement référence à l'hépatite B, évoquée dans l'exposé des motifs du projet de loi, mais aussi à l'hépatite C, qui est en recrudescence parmi les usagers de drogues.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, au motif que l'article fait référence aux hépatites virales et concerne par conséquent les hépatites B et C, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 47 sans modification.

Article additionnel après l'article 47

Rapport d'évaluation de la politique de santé publique

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian, prévoyant la transmission au Parlement de rapports d'évaluation de la politique de santé publique.

M. Dominique Tian a indiqué vouloir renforcer l'information du Parlement sur la politique de santé publique.

Mme Valérie Boyer a déclaré vouloir cosigner l'amendement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a fait part de ses réserves sur l'amendement, en estimant que cette question ne relève pas d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 48

Fixation du montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Cet article propose de fixer, d'une part, à 301 millions d'euros le montant de la participation des régimes d'assurance maladie au FIQCS et, d'autre part, à 355 millions d'euros le montant du plafond des dépenses du même fonds.

*

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Martine Billard et de M. Jean-Marie Le Guen visant à suspendre la participation du FIQCS au financement de la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP).

Mme Martine Billard a souhaité que les conditions de financement du DMP, qui devrait se révéler très coûteux à mettre en place, ainsi que les modalités d'affectation des crédits du FIQCS soient présentées en toute transparence.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé qu'une mission d'information avait été constituée par la commission sur le DMP et estimé que le FIQCS doit continuer à participer au financement du DMP.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a ensuite *adopté* l'article 48 sans modification.

Article 49

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Cet article a pour objet de fixer les montants des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour le régime général et pour l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année 2008.

*

La commission a *adopté* l'article 49 sans modification.

Article 50

Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Cet article vise à fixer le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base et à 152,1 milliards d'euros pour 2008, correspondant à une hausse de 2,8 %.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével a souligné la nécessité de lutter contre la séparation entre les soins de ville et l'hôpital, que ne font qu'exacerber les sous-objectifs existants. En revenant sur ces sous-objectifs, on rend possible l'établissement d'un lien entre ville et hôpital au plan régional.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'amendement, en rappelant que la fixation de l'ONDAM vise à mieux suivre l'évolution des principaux postes de dépenses de l'assurance maladie – médecine de ville, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux – à travers des objectifs nationaux fixés par le Parlement. Cela n'interdit cependant pas d'engager parallèlement une réflexion sur la régionalisation de la politique de santé, dans le cadre notamment de la mission d'information créée par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur les agences régionales de santé (ARS), dont il convient d'attendre les conclusions avant d'envisager la création d'un ONDAM régionalisé, comme le propose l'auteur de l'amendement.

Mme Valérie Boyer a souligné la nécessité d'assurer un meilleur suivi des patients entre les secteurs hospitaliers et ambulatoires.

La commission a *rejeté* l'amendement.

M. Jean-Luc Prével a présenté un amendement visant à accroître le montant du sous-objectif relatif aux soins de ville, afin qu'il soit identique à celui fixé pour les dépenses des établissements de santé, en s'interrogeant également sur l'impact de la franchise sur l'ONDAM et sur le fléchage des crédits correspondant.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que la commission a déjà adopté un amendement permettant de garantir toute la transparence nécessaire sur l'utilisation des montants correspondant à la franchise.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant que les deux sous-objectifs relatifs aux établissements de santé comportent plusieurs chapitres portant sur différents types de dépenses.

Mme Marisol Touraine a regretté que les parlementaires ne disposent pas aujourd'hui d'un niveau d'information suffisant pour apprécier l'ONDAM. Il est pourtant capital de suivre précisément les différentes activités hospitalières.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a estimé que ce débat sur la question du périmètre des dépenses considérées a déjà eu lieu lors de la discussion du projet de loi organique relatif au financement de la sécurité sociale. En tout état de cause, on ne peut multiplier à l'envi le nombre de sous-objectifs : la commission des comptes de la sécurité sociale fournit déjà de très nombreuses informations.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Catherine Génisson visant à instaurer une péréquation interrégionale de l'ONDAM hospitalier.

Mme Marisol Touraine a précisé qu'il ne s'agit pas de remettre en cause le principe de la tarification à l'activité, mais de permettre une répartition de l'enveloppe des crédits hospitaliers en fonction de critères tenant compte de la spécificité des différentes régions.

M. Jean-Luc Prél a jugé ce dispositif très intéressant. Il existe en effet des inégalités considérables entre les différentes régions. La réforme de 1995 avait certes servi de support à l'établissement d'une péréquation annuelle entre les régions de l'ONDAM hospitalier. Malheureusement, cette mesure n'a été appliquée que pendant deux ans.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 50 sans modification.

Article 51

Dotation de financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)

Cet article fixe à 50 millions d'euros la dotation affectée en 2008 à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à porter de 50 à 100 millions d'euros le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des affections nosocomiales (ONIAM) pour 2008.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a fait observer qu'un tel amendement est manifestement irrecevable au regard des dispositions de l'article 40 de la Constitution. Par ailleurs, s'agissant de la dotation prévue pour l'ONIAM, il faut relever les progrès

effectués par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, au regard de l'absence de dotation supplémentaire au profit de l'office les deux années précédentes.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 51 sans modification.

Article 52

Contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

Cet article porte à 75 millions d'euros le montant pour 2008 de la participation des régimes d'assurance maladie à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) chargé des actions de prévention et de gestion des moyens de lutte contre les risques sanitaires exceptionnels.

*

La commission a *adopté* l'article 52 sans modification.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article additionnel avant l'article 53

Revalorisation des pensions de retraites

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur pour l'assurance vieillesse visant à permettre au gouvernement de procéder à une revalorisation des pensions de retraite sans attendre la discussion du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Avant l'article 53

La commission a examiné un amendement de Mme Marisol Touraine prévoyant la présentation au Parlement, avant la fin de l'examen du présent projet de loi, des conclusions de la conférence tripartite, dont la réunion est prévue par la loi du 21 août 2003, qui rassemblera les organisations syndicales et professionnelles représentatives au plan national sur la question des retraites.

Mme Marisol Touraine a expliqué que ce dispositif correspond à une préoccupation dont s'est fait l'écho le rapporteur pour l'assurance vieillesse à l'occasion de la présentation par les ministres compétents du présent projet de loi devant la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. La

conférence, qui doit se tenir en décembre 2007, statuera sur la question majeure de l'évolution des taux de revalorisation des pensions de retraite, et notamment des retraites les plus basses. Or si l'on ne prend pas, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, des mesures permettant de tenir compte des décisions qui seront prises à l'occasion de cette conférence, compte tenu de la rédaction de l'article 27 de la loi du 21 août 2003 il faudra attendre le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, c'est-à-dire un an, avant de pouvoir revaloriser lesdites retraites.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a reconnu qu'il s'agit d'une préoccupation majeure à ses yeux. Mais M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité, a assuré en commission et lors d'une récente séance publique à l'Assemblée nationale que les conclusions de la conférence tripartite seront examinées à l'occasion du rendez-vous prévu, s'agissant des retraites de manière générale, au premier semestre 2008. Un projet de loi est en préparation.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 53

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2008

Cet article fixe à 179,7 milliards d'euros l'objectif de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base au titre de la branche vieillesse (qui inclut les dépenses d'invalidité au-delà de 60 ans) pour l'année 2008, soit une augmentation de 4,4 % par rapport à l'objectif voté pour 2007.

*

La commission a *adopté* l'article 53 sans modification.

Après l'article 53

La commission a examiné un amendement de M. Yvan Lachaud prévoyant que les pensions de retraite liquidées au taux plein ou au taux maximum, à compter du 1^{er} janvier 2008, doivent au minimum être égales à 0,9 SMIC.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a fortement douté de la recevabilité d'une telle initiative au regard des dispositions de l'article 40 de la Constitution.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Sur l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a également *rejeté* un amendement de Mme Marie-Hélène Amiable tendant à permettre le remboursement, pour les mineurs, des frais relatifs à une consultation médicale par an pour l'établissement d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive.

Section 3

***Dispositions relatives aux dépenses
d'accidents du travail et de maladies professionnelles***

Article 54

Plafonnement de l'indemnisation des accidents du travail successifs

Cet article vise à modifier marginalement les modalités d'indemnisation des accidents du travail successifs afin d'éviter que dans certains cas, le montant de la rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ne dépasse le montant de l'ancien salaire qui a servi de base à son calcul.

*

La commission a examiné trois amendements de suppression de l'article déposés respectivement par M. Roland Muzeau, M. Jean-Marie Le Guen et Mme Martine Billard.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que le plafonnement du montant des rentes en cas d'accidents successifs porte atteinte aux droits des victimes et revient à nier le principe de réparation de chaque préjudice subi.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a répondu qu'il s'agit d'une mesure d'équité car il est anormal que le montant de la rente d'accident du travail puisse dépasser le montant de l'ancien salaire qui a servi de base à son calcul, alors que la finalité de la rente est avant tout d'indemniser la perte de capacité en gain et qu'aucun accident ne peut occasionner à lui seul plus de 100 % d'incapacité permanente.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* les amendements.

Puis la commission a *rejeté*, conformément à l'avis défavorable du **rapporteur**, un amendement présenté par Mme Billard visant à ouvrir la possibilité d'autoriser le versement de rentes pour les accidents du travail à l'origine d'un taux d'incapacité permanente inférieure à 10 % lorsque l'accident du travail intervient après un accident ayant entraîné un taux d'incapacité permanente supérieur à 10 %.

La commission a *adopté* l'article 54 sans modification.

Après l'article 54

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen présenté par **Mme Danielle Hoffman-**

Rispal visant à préciser les conditions de cumul des taux d'incapacité en cas d'accidents successifs.

Article additionnel après l'article 54

Transmission du rapport d'incapacité permanente par les médecins conseils aux caisses d'assurance maladie

M. Olivier Jardé a présenté un amendement prévoyant que le rapport d'incapacité permanente établi par le service du contrôle médical suite à un accident du travail peut être transmis à la caisse d'assurance maladie. Il s'agit de résoudre une difficulté de la réglementation actuelle : les caisses sont en effet tenues de transmettre aux tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI) les documents concernant les litiges qui leur sont soumis ; or elles ne peuvent transmettre le rapport d'incapacité permanente, car il ne peut leur être adressé par le contrôle médical faute de disposition législative spécifique levant le secret médical dans ce cas de figure.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a estimé que cet amendement répond à un réel problème et s'est interrogé sur les garanties que présente la solution proposée en terme de confidentialité des données.

M. Olivier Jardé, approuvé par **M. Claude Leteurre**, a répondu qu'en matière d'accidents du travail on se trouve en situation de secret partagé et que le secret professionnel ne peut plus être invoqué dès lors qu'une affaire est portée devant le tribunal.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* l'amendement.

Article 55

Clarification juridique du dispositif des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail

Cet article a pour objet de clarifier le dispositif des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail afin de remédier à certaines inégalités de traitement.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**.

La commission a examiné deux amendements identiques proposant une nouvelle rédaction de l'article présentés par M. Roland Muzeau et Mme Martine

Billard et disposant que la revalorisation des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail prévue aux II et III de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ne se limite pas aux ayants droit de victimes décédées après le 1^{er} septembre 2001, mais s'applique au bénéfice de tous les ayants droit quelle que soit la date du décès de la victime d'accidents du travail.

Mme Martine Billard a expliqué que la mesure présentée à l'article 55 est certes favorable pour les ayants droit des personnes décédées après le 1^{er} septembre 2001, mais elle crée une discrimination pour les décès antérieurs.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que, dès la loi de finances pour 2002, la date du 1^{er} septembre 2001 avait été choisie à dessein pour couvrir les victimes de l'accident d'AZF à Toulouse. En outre, une extension serait contraire aux règles d'irrecevabilité financière de l'article 40 de la Constitution.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *adopté* l'article 55 ainsi modifié.

Article 56

Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)

Cet article porte pour l'année 2008 à 850 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et à 315 millions d'euros celle au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

*

La commission a *adopté* l'article 56 sans modification.

Article 57

Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Cet article a pour objet de fixer à 410 millions d'euros pour l'année 2008 le montant du reversement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) vers la branche maladie du régime général.

*

Mme Marisol Touraine a présenté un amendement portant à 749 millions d'euros le montant du versement de la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles. Elle a rappelé que le dernier rapport, rendu en 2005, de la commission chargée d'évaluer cette sous-déclaration la chiffrait entre 355 et 750 millions d'euros. Il est proposé de retenir le haut de cette fourchette.

Mme Jacqueline Fraysse a approuvé cet amendement, considérant que le montant de 750 millions est encore bien inférieur à la réalité du coût pour l'assurance maladie des sous-déclarations.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Puis elle a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Martine Billard et de M. Roland Muzeau fixant le montant de ce versement à 750 millions d'euros.

La commission a *adopté* l'article 57 sans modification.

Après l'article 57

Mme Jacqueline Fraysse a présenté un amendement visant à faire débiter rétroactivement la prise en charge des maladies professionnelles à la date de la première constatation médicale de la maladie et non plus à celle de la constatation de son lien avec l'activité professionnelle. L'objectif est de faire bénéficier les victimes de maladies professionnelles de la même procédure que celle s'appliquant pour les accidentés du travail, pour lesquels il est procédé à une régularisation du montant des prestations à compter de la date de l'accident lorsque son caractère professionnel est reconnu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'amendement car, compte tenu du délai de prescription de deux ans qui commencerait, dans l'hypothèse de l'adoption de l'amendement, à courir dès la première constatation médicale de la maladie, la réforme envisagée pourrait en fait être défavorable aux droits des victimes.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 57

Ouverture d'un droit de recours contre les décisions des tribunaux des affaires de sécurité sociale portant sur les taux d'incapacité inférieurs à 10 % dans le régime agricole

Mme Jacqueline Fraysse a présenté un amendement de M. Roland Muzeau visant à supprimer la disposition du code rural selon laquelle les

tribunaux des affaires de sécurité sociale statuent en dernier ressort sur les litiges portant sur des taux d'incapacité inférieurs à 10 %.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, qui a approuvé cette initiative dans la mesure où le droit de recours est un droit constitutionnel, la commission a *adopté* l'amendement.

Article 58

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2008

Cet article fixe à 11,8 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au titre de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2008.

*

M. Jean-Luc Prével a présenté un amendement de suppression de l'article expliquant que les partenaires sociaux doivent pouvoir gérer en toute indépendance la branche AT-MP.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, pour lequel un tel objectif n'a rien à voir avec la fixation des objectifs de dépenses de la branche accidents du travail, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Puis, la commission a *adopté* l'article 58 ainsi modifié.

Après l'article 58

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* successivement :

– un amendement de M. Patrick Roy disposant que le capital décès est versé aux ayants droit des bénéficiaires d'une allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante ;

– un amendement de M. Patrick Roy élargissant l'accès au dispositif de cessation anticipée d'activité pour les salariés ayant été exposés à l'amiante aux établissements où a eu lieu une manipulation ou une transformation de l'amiante et donnant un caractère indicatif à la liste des établissements concernés ;

– un amendement de M. Patrick Roy visant à prendre en compte toutes les années de travail, quel qu’ait été le statut du salarié, pour l’ouverture des droits à l’allocation de cessation d’activité anticipée des travailleurs exposés à l’amiante ;

– un amendement de M. Jean-Luc Prél instituant une branche autonome accidents du travail – maladies professionnelles gérée par les partenaires sociaux.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 59

Modulation du montant de l’allocation de rentrée scolaire en fonction de l’âge de l’enfant

Cet article introduit le principe de modulation du montant de l’allocation de rentrée scolaire selon l’âge de l’enfant alors que jusqu’ici son montant était unique quel que soit l’âge de l’enfant ou le cycle d’enseignement suivi.

*

Mme Marie-Hélène Amiable a présenté un amendement disposant que le montant de l’allocation de rentrée scolaire (ARS) varie non selon l’âge mais selon le cycle d’études de l’enfant, indiquant que tous les enfants ne changent pas de cycle d’études au même âge et que le coût d’une rentrée scolaire dépend du cycle d’études.

M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille, a jugé cette réflexion pertinente, mais a émis un avis défavorable à l’amendement car, pour le mettre en œuvre, il faudrait exiger un certificat de scolarité, d’où un alourdissement considérable de la gestion administrative des caisses d’allocations familiales et une impossibilité de verser l’allocation avant la rentrée.

La commission a *rejeté* l’amendement.

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille, et de M. Simon Renucci, disposant que la variation du montant de l’allocation de rentrée scolaire résultant du présent article 59 ne peut conduire au versement d’une allocation inférieure à celle perçue antérieurement pour chaque enfant.

M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille, a précisé qu’il s’agit d’éviter que l’augmentation de l’allocation pour les adolescents soit financée par une diminution pour les enfants allant à l’école primaire.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *adopté* l’article 59 sans modification.

Article 60

Extension aux enfants handicapés de la prestation de compensation du handicap

Cet article vise à mettre en place un droit d'option entre la prestation de compensation du handicap et le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

L'extension de la prestation de compensation aux enfants handicapés ne remettra pas en cause le droit à l'allocation de base de l'AEEH mais les familles devront opter soit pour continuer à percevoir un complément d'AEEH, soit pour percevoir la prestation de compensation.

Cet article est la traduction d'une obligation prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté de personnes handicapées, qui pose le principe de l'extension aux enfants handicapés du bénéfice de la prestation de compensation du handicap dans un délai de trois ans à compter de son entrée en vigueur, soit avant le 11 février 2008.

*

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille, et de M. Simon Renucci visant à ouvrir le droit d'option entre l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et la prestation de compensation du handicap (PCH) aux parents dont les enfants bénéficient de la seule AEEH de base.

M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille, a expliqué que l'évaluation du handicap de certains enfants éligibles à la seule AEEH de base pourrait faire apparaître un besoin d'aides humaines, d'aides techniques ou d'aides spécifiques exceptionnelles que la PCH permet de prendre en charge. En outre, l'accès à la PCH s'avère plus restrictif pour les enfants que pour les adultes, alors que rien ne justifie une telle inégalité.

La commission a *adopté* les amendements.

La commission a ensuite *rejeté* deux amendements identiques de M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille, et de M. Simon Renucci visant à supprimer le paragraphe III de l'article 60 qui interdit le cumul entre une aide humaine attribuée au titre de la PCH et une allocation journalière de présence parentale.

Puis la commission a *adopté* l'article 60 ainsi modifié.

Article 61

**Clarification du droit aux prestations familiales
des ressortissants communautaires**

Cet article vise à clarifier la situation des ressortissants étrangers quant à leur droit de percevoir des prestations familiales françaises, en distinguant le cas des ressortissants communautaires des autres ressortissants étrangers résidant régulièrement en France.

*

La commission a *adopté* l'article 61 sans modification.

Après l'article 61

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille, et de Mme Marie-Françoise Clergeau visant à créer « un congé d'accueil à l'enfant » dont l'objet est de permettre au père ou à la personne qui partage la vie de la mère de l'enfant de disposer du temps nécessaire pour être aux côtés de l'enfant dans les premiers jours de sa vie.

M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille, a souligné l'incohérence du droit social qui, selon les cas, prend en compte ou non l'existence de couples homosexuels : ainsi une femme homosexuelle peut bénéficier d'un congé parental, alors que sa compagne ne peut bénéficier du congé de paternité du fait de la référence explicite au « père » dans l'article du code du travail. L'année dernière, un tel dispositif avait été adopté à l'unanimité par la commission à l'initiative de Mme Marie-Françoise Clergeau, alors rapporteure pour la famille du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

En outre, l'adoption de ce dispositif a été recommandée par la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE), qui a été saisie par une requérante à laquelle un congé de paternité avait été refusé. La HALDE a souligné les disparités de traitement des familles homoparentales entre les caisses d'allocations familiales et les caisses primaires d'assurance maladie. En effet, les caisses d'allocations familiales tirent argument de la communauté de vie existant entre une mère et sa compagne pour refuser à la mère le bénéfice de l'allocation de parent isolé, tandis que les caisses primaires considèrent que cette communauté de vie ne permet pas au conjoint homosexuel d'une mère de bénéficier du congé de paternité, appliquant une interprétation stricte de l'article L. 122-25-4 du code du travail qui limite ce congé au « père » de l'enfant.

La commission a *rejeté* les amendements.

Article 62

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2008

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille pour 2008 à 56,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale soit une progression de 3 % par rapport à 2007.

*

La commission a *adopté* l'article 62 sans modification.

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 63

Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)

Le présent article pose les bases législatives pour la mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS).

1. L'Union des caisses nationales de sécurité sociale

Fondée en 1970, l'UCANSS est constituée entre les caisses nationales du régime général (CNAM, CNAV, CNAF) et l'ACOSS, conformément au premier alinéa de l'article L. 216-3 du code de la sécurité sociale, qui dispose que « *les organismes locaux, régionaux et nationaux du régime général peuvent se grouper en unions ou fédérations en vue de créer des œuvres et des services communs ou d'assumer des missions communes* ».

Elle assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général (article L. 224-5). À ce titre, elle négocie et conclut les conventions collectives nationales. Elle évalue, coordonne et participe à la mise en œuvre des politiques de formation du personnel, assure le suivi de la gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement du régime général et promeut la sécurité et la santé au travail. Dans ce cadre, elle assure le secrétariat de la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle. Par dérogation aux articles L. 123-1 et L. 123-2 du code de la sécurité sociale, les décisions et les accords de l'UCANSS s'appliquent de plein droit dès lors qu'ils sont d'application automatique d'un accord collectif national (article L. 224-5-3).

Outre ce rôle de « chambre patronale » du régime général, l'UCANSS peut en outre se voir confier par l'Etat ou les caisses nationales des missions sur tous sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. Elle assure ainsi, depuis octobre 2005, le secrétariat de la commission centrale des marchés des organismes de sécurité sociale et gère un observatoire de l'achat.

L'UCANSS est dotée d'un conseil d'orientation chargé de définir les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général (article L. 224-5-1). Il est composé, d'une part, de représentants des assurés sociaux et, en nombre égal, de représentants des employeurs, d'autre part, des présidents et vice-présidents des caisses nationales et de l'ACOSS. Elle est par ailleurs dotée d'un comité exécutif des directeurs, composé des directeurs des caisses nationales et de quatre directeurs régionaux et locaux, qui élabore et propose les orientations relatives à ses missions et moyens (article L. 224-5-2).

Elle est assistée d'une commission de contrôle, d'une commission des marchés et de quatre commissions paritaires nationales d'interprétation des textes (accords collectifs).

2. Les conventions d'objectifs et de gestion

Instituées par les ordonnances de 1996 (articles L. 227-1 et suivants du code de la sécurité sociale), les conventions d'objectifs et de gestion (COG) ont succédé aux plans pluriannuels de gestion administrative, consacrés par la loi du 25 juillet 1994. Elles sont conclues, « *dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale* », entre l'autorité compétente de l'Etat, d'une part, et, respectivement, la CNAM, la CNAV, la CNAF et l'ACOSS, mais aussi la Caisse centrale de la MSA (article L. 723-12 du code rural) et la Caisse nationale du RSI (article L. 611-7 du code de la sécurité sociale), d'autre part.

Ces conventions déterminent les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en œuvre à ces fins par chacun des signataires.

Elles déterminent différents objectifs :

– en matière de mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;

– en matière d'amélioration de la qualité du service aux usagers ainsi que de la productivité du réseau et de son organisation territoriale ;

– en matière d'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion.

Elles précisent par ailleurs les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion administrative et, le cas échéant, des budgets de contrôle médical,

d'action sanitaire et sociale et de prévention, ainsi que les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales.

Elles prévoient au besoin les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

Elles déterminent en outre les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ainsi que le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

Les conventions d'objectifs et de gestion sont conclues pour une période minimale de quatre ans. Elles sont communiquées aux conseils de surveillance mentionnés des organismes signataires. En outre, les conventions et, le cas échéant, les avenants qui les modifient sont transmis aux commissions parlementaires saisies au fond du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait ensuite l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre, d'une part, chaque caisse nationale et l'ACOSS et, d'autre part, chacun de leurs organismes régionaux ou locaux.

3. La convention d'objectifs et de gestion de l'UCANSS

Le **III** du présent article met en place ce dispositif en insérant dans le code de la sécurité deux articles nouveaux.

L'article L. 224-5-5 définit la convention d'objectifs et de gestion, qui détermine :

- les orientations pluriannuelles liées à la mise en œuvre des missions confiées à l'union ;
- les moyens de fonctionnement dont l'union dispose ainsi que les règles de calcul et d'évolution de son budget.

Elle prévoit les indicateurs associés aux objectifs fixés et précise les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution, notamment afin de tenir compte du renouvellement des autres conventions d'objectifs et de gestion.

Compte tenu de la gouvernance spécifique à l'UCANSS, la convention d'objectifs et de gestion est signée par le président du conseil d'orientation, le président du comité exécutif et le directeur.

L'article L. 224-5-6 prévoit la conclusion d'une convention entre l'UCANSS, d'une part, et les caisses nationales ainsi que l'ACOSS, d'autre part,

afin de préciser leurs objectifs et leurs engagements réciproques pour la réalisation des missions de l'union. Cette contractualisation illustre la volonté commune de ces organismes de renforcer leur partenariat, que traduit le projet « UCANSS 2010 » destiné à préciser les domaines dans lesquels l'union peut apporter son concours aux organismes dans la mise en œuvre de leurs objectifs.

Le principe même d'une contractualisation à deux niveaux – convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'UCANSS, complétée par une convention signée par l'UCANSS avec les caisses nationales et l'ACOSS – a été préféré à celui d'une unique convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'Etat, d'une part, l'UCANSS, les caisses nationales et l'ACOSS, d'autre part. En effet, l'expérience de l'élaboration des conventions d'objectifs et de gestion du régime général montre que le processus de négociation entre l'Etat et chaque caisse est souvent difficile.

En outre, le **I** prévoit que les conseils des caisses nationales auront la possibilité de s'exprimer sur ces orientations par le biais de leurs présidents et vice-présidents, membres du conseil d'orientation de l'UCANSS, tandis que le **II** confie au comité exécutif des directeurs de l'UCANSS, dans lequel les caisses nationales sont représentées, le soin de déterminer, pour la conclusion de la convention d'objectifs et de gestion, « *les orientations relatives aux missions de l'union pour une période minimale de quatre ans ainsi que les moyens, notamment budgétaires* ».

Le **II** évoque donc indirectement la durée minimale de la convention d'objectifs et de gestion. Il appartiendra au comité exécutif des directeurs de l'UCANSS d'en fixer la durée précise, mais par souci d'harmonisation avec les dispositions applicables depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 aux conventions d'objectifs et de gestion conclues avec les caisses nationales, il paraît utile au rapporteur d'inscrire plus explicitement cette durée minimale de quatre ans et de prévoir la transmission de la convention et, le cas échéant, de ses avenants modificateurs aux commissions parlementaires chargées des affaires sociales.

Par ailleurs, l'expression « *ainsi que les moyens, notamment budgétaires* » mérite d'être clarifiée et précisée, car il s'agit ici en réalité de l'ensemble des moyens nécessaires à l'UCANSS pour la réalisation des orientations pluriannuelles déterminées par la convention d'objectifs et de gestion.

Le **IV** adapte les règles budgétaires applicables à l'UCANSS. L'article L. 153-1 du code de la sécurité sociale prévoit que ses budgets annuels sont explicitement approuvés par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, à la différence notamment des budgets des caisses nationales du régime général, qui, dans la logique des conventions d'objectifs et de gestion, font en effet l'objet d'une procédure plus souple.

La mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'UCANSS conduit donc à aligner les conditions d'approbation de son budget sur celles applicables aux budgets des caisses nationales du régime général. Telle est la finalité du **V**, qui inclut l'UCANSS parmi les organismes dont les délibérations, à l'exception de celles qui, en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, doivent être soumises à approbation, ne deviennent exécutoires que s'il n'y a pas opposition des autorités compétentes de l'Etat dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat (vingt jours, aux termes de l'article R. 226-4).

La modification du premier alinéa de l'article L. 224-10 du code de la sécurité sociale que propose le **V** est cependant imparfaite car elle ne tient pas compte de la spécificité des organes dirigeants de l'UCANSS, qui ne prennent pas la forme d'un conseil d'administration, comme pour les caisses nationales du régime général, mais d'un conseil d'orientation et d'un comité exécutif des directeurs (*cf. supra*). Elle est en outre incomplète, car elle omet le deuxième alinéa du même article L. 224-10.

L'ensemble du dispositif doit permettre la mise en place d'un outil de pilotage transversal en matière de gestion des ressources humaines et de doter l'UCANSS d'un cadre d'action adapté à la programmation pluriannuelle qui est désormais celle des caisses nationales et de l'ACOSS.

*

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de suppression de l'article présenté par Mme Martine Billard.

Puis elle a *adopté* trois amendements de coordination de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Elle a *adopté* l'article 63 ainsi modifié.

Article 64

Amélioration de la performance des organismes de sécurité sociale

Le présent article propose diverses mesures visant à améliorer la gestion des organismes de sécurité sociale, notamment en rationalisant l'application des règles des marchés publics qui leur est faite et en donnant davantage de moyens aux caisses nationales. Ces dispositions sont de nature à simplifier et à sécuriser les procédures de marchés nationaux passés pour le compte des réseaux. Elles concourront à doter les branches d'instruments utiles à la réduction de leurs coûts de fonctionnement.

Le **I** propose de compléter les missions de l'UCANSS en lui confiant la fonction de centrale d'achat pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'ACOSS et des organismes locaux. L'article 9 du code des marchés publics précise qu'une centrale d'achat est un pouvoir adjudicateur qui acquiert des fournitures ou des services destinés à des pouvoirs adjudicateurs ou passe des

marchés publics ou conclut des accords-cadres de travaux, fournitures ou de services destinés à des pouvoirs adjudicateurs. Aux termes de l'article 1^{er} dudit code, les accords-cadres sont les contrats conclus entre un pouvoir adjudicateur et des opérateurs économiques publics ou privés, ayant pour objet d'établir les termes régissant les marchés à passer au cours d'une période donnée, notamment en ce qui concerne les prix et le cas échéant, les quantités envisagées.

Le rapporteur rappelle (*cf.* article 63 du présent projet de loi) que l'UCANSS assure depuis octobre 2005 le secrétariat de la commission centrale des marchés des organismes de sécurité sociale et gère un observatoire de l'achat.

Selon les informations communiquées par le gouvernement au rapporteur, les charges de gestion liées à la fonction « achats » s'élevaient en 2006, au seul titre du régime général, à près de 2,5 milliards d'euros. En 2005, un rapport d'audit effectué par la mission d'évaluation des conventions d'objectifs et de gestion estimait à 9,7 % le montant des économies réalisables grâce à une optimisation de cette fonction. De ce point de vue, la passation de marchés nationaux pourra significativement contribuer à cette réduction des dépenses.

Les marchés que l'UCANSS pourrait passer pour le compte des caisses nationales du régime général pourraient porter sur le papier, les fluides, l'électricité, les assurances et la flotte automobile (176 millions d'euros), la formation (40 millions d'euros) et les imprimés (10 millions d'euros). Les marchés d'informatique, de téléphonie, d'affranchissement, d'entretien et de nettoyage resteraient en revanche gérés, pour l'essentiel, à l'échelon des différentes branches, mais ils pourraient également, à moyen terme, être mutualisés à l'échelon interbranches voire interrégimes par l'UCANSS.

Le II prévoit que les caisses nationales, l'ACOSS et l'UCANSS pourront passer des marchés ou des accords-cadres pour leur propre compte ou celui des organismes locaux.

À l'heure actuelle, l'article L. 224-12 du code de la sécurité sociale dispose que *« pour l'application des schémas directeurs définis, pour les besoins des organismes locaux en matière d'informatique nationale, par les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ces organismes nationaux peuvent passer, pour leur propre compte et celui de leurs organismes locaux, des conventions de prix assorties de marchés types »*. Il peut également être recouru à cette procédure pour les marchés de travaux, de fournitures, de prestations intellectuelles et de services à l'initiative conjointe d'un ou plusieurs organismes locaux et de l'organisme national. Dans le cadre de cette procédure, les organismes locaux sont alors dispensés du respect des obligations leur incombant en application de l'article L. 124-4, c'est-à-dire de la procédure de mise en concurrence et, plus généralement, du respect du code des marchés publics moyennant les adaptations prévues par l'arrêté du 4 octobre 2005 portant réglementation sur les marchés des organismes de sécurité sociale.

La nouvelle rédaction proposée de l'article L. 224-12 permet de prendre en compte les conséquences du remplacement, dans le nouveau code des marchés publics, du mécanisme des conventions de prix par celui des accords-cadres, qui permet de présélectionner des prestataires sur une période donnée et de les mettre en concurrence lors de la survenance du besoin. Si l'accord-cadre est attribué à plusieurs opérateurs économiques, les organismes locaux demeureront soumis, pour la passation des marchés subséquents, au respect au droit des marchés publics. Si l'accord-cadre n'est en revanche attribué qu'à un seul opérateur, ils ne seront pas soumis au respect de ces obligations, comme lorsqu'ils recouraient à l'ancien mécanisme de conventions de prix.

Le **III**, qui transpose le dispositif du II à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (article L. 723-11 du code rural), appelle simplement la rectification d'une erreur de référence afin d'assurer une bonne articulation avec le code de la sécurité sociale.

Complétant l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale, le **IV** prévoit la soumission explicite au régime juridique applicable aux organismes de sécurité sociale en matière de marchés publics pour les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique financés majoritairement par ces organismes.

Enfin, le **V** tire les conséquences, dans les dispositions relatives aux conventions d'objectifs et de gestion (article L. 227-1 du code de la sécurité sociale), de la fusion du fonds national de gestion administrative et du fonds national du contrôle médical de la CNAM, qui nécessitera par ailleurs la modification de nombreuses dispositions réglementaires.

Cette fusion est justifiée par le fait que ces deux fonds financent en pratique le même type de dépenses (personnel, fonctionnement) et que leur consolidation permettra de faciliter la gestion des crédits correspondants. Grâce à la comptabilité analytique de la CNAM et aux dispositions de la convention d'objectifs et de gestion Etat-CNAM, le regroupement ainsi opéré n'en permettra pas moins, au regard des missions exercées par les praticiens-conseils, de garantir un suivi budgétaire et comptable spécifique des moyens qui leur sont consacrés.

L'article D. 251-2 du code de la sécurité sociale individualise certes le contrôle médical parmi les gestions budgétaires des caisses nationales, mais outre qu'il voit mal les garanties qu'offre cette individualisation, le rapporteur préférerait que les dispositions législatives relatives à la convention d'objectifs et de gestion Etat-CNAM garantissent explicitement la « traçabilité » des crédits du contrôle médical.

Enfin, le **V** omet de prendre en compte les incidences de cette fusion à l'article L. 153-3 du code de la sécurité sociale, de telle sorte qu'il conviendra de compléter à cette fin le présent article.

La commission a *adopté* trois amendements de précision rédactionnelle de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Elle a *adopté* l'article 64 ainsi modifié.

Article 65

Renforcement des moyens de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

Le présent article propose un cadre législatif pour la restructuration que la mutualité sociale agricole (MSA) a entrepris de son réseau.

1. La restructuration du réseau de la mutualité sociale agricole

Chargée de la gestion des risques de base et complémentaires maladie, maternité, accidents du travail, décès et des prestations familiales des exploitants et salariés agricoles, la MSA est placée sous la double tutelle des ministres chargés de l'agriculture et des finances et organisée autour d'une caisse centrale (CCMSA) et d'un réseau de caisses métropolitaines. Au 1^{er} janvier 2007, il comprend quarante-neuf caisses, dont vingt-trois départementales, quatorze pluridépartementales et douze fédérations (regroupant vingt-neuf caisses), soit soixante-six caisses locales (contre soixante-dix-huit en 2002), ainsi que quatorze associations régionales (représentant la MSA au sein des URCAM et des ARH).

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre dernier, la Cour des comptes relève que si ce nombre est en réduction (soixante-quatorze caisses en 2000), il demeure excessif au regard des évolutions démographiques. Elle constate que la définition extensive que la loi donne des ressortissants du régime, tant salariés que non-salariés, conduit à ce que *« le régime agricole inclut des salariés de professions éloignées des métiers agricoles et qui devraient normalement être rattachés aux caisses du régime général »*. La Cour relève en outre que *« le fonctionnement du régime étant financé par des cotisations complémentaires assises sur les revenus déclarés, sans la gestion d'une population significative de salariés, la MSA aurait dû depuis longtemps réduire le nombre de caisses »*. Elle conclut que ces extensions de champ *« ont eu pour effet, sinon pour objet, d'éloigner la perspective d'une réforme du réseau »*.

Jusqu'en 2005, l'évolution du budget des opérations administratives du régime bénéficiait d'une double garantie : l'évolution des prix, d'une part, les deux tiers de l'évolution de l'activité, d'autre part. L'indexation budgétaire ne reflétait donc pas fidèlement l'évolution du nombre des ressortissants et, partant, de l'activité de la MSA. La (troisième) convention d'objectifs et de gestion du 26 septembre 2006, portant sur la période 2006-2010, prévoit désormais des annexes cadrant les enveloppes financières annuelles destinées à la gestion, au contrôle médical, à l'action sanitaire et sociale et à la médecine du travail. Les frais de personnel devraient baisser de près de 4 % en euros constants : avec le

remplacement d'un départ en retraite sur deux, les effectifs passeraient de plus de 18 000 agents aujourd'hui à 17 190 en 2010.

Préalablement à la signature de cette convention, l'assemblée générale centrale de la MSA a adopté le 22 juin 2006 un plan d'action stratégique qui définit ses objectifs à l'horizon 2010. L'un des quatre axes de ce plan consiste à « *faire reposer la gouvernance sur la capacité d'initiative des caisses du réseau, dans la cohérence et l'unité institutionnelle* ». Ainsi, afin de l'adapter aux évolutions démographiques, le réseau ne comprendra plus que trente-cinq « entreprises » à l'horizon 2010, selon des circonscriptions dont l'assemblée générale centrale de la MSA a approuvé la configuration en juin dernier. L'objectif a été de constituer des régions administratives de poids et de périmètre équilibrés prenant en compte le fait départemental, le respect des identités géographiques et culturelles, les équilibres économiques, les distances de trajet entre sites et la volonté de regrouper quatre départements au maximum, « *afin de permettre une présence politique suffisante et de garantir une certaine proximité* ».

L'amélioration de la productivité du réseau constitue une préoccupation constante. Selon les informations collectées par la Cour des comptes en matière de coûts et de performances, « *la MSA ne se situe généralement pas en dehors de la moyenne des caisses [...] mais elle apparaît rarement au meilleur niveau et a des difficultés à fournir les indicateurs préconisés en raison des limites de son système d'information et des contraintes particulières liées à son caractère multibranches* ».

Par ailleurs, la vocation générale du régime agricole s'étend à la fois au recouvrement des cotisations et au paiement des prestations. La Cour des comptes indique que le taux de recouvrement hors CSG « *reste peu satisfaisant* », la CCMSA n'étant pas en mesure de chiffrer les restes à recouvrer et, partant, de les analyser, alors même que « *les agriculteurs aux revenus plus élevés sont moins prompts à s'acquitter de leurs cotisations* ». Plus généralement, elle « *constate un manque de rigueur général dans le contrôle des obligations sociales des exploitants* ».

S'agissant des prestations, la Cour regrette que « *la démarche de sécurisation des processus de production [soit] toujours en cours de généralisation dans les caisses* », auxquelles « *il manque notamment un référentiel national de détection des risques, notamment de fraude, et de leur prévention* ». Pour les cotisations et les prestations, le taux de vérification ne s'élèverait qu'à 1 % des dossiers.

Enfin, la Cour des comptes estime que la tutelle doit être réformée, la CCMSA, à la différence des autres caisses nationales, ne disposant pas des prérogatives lui permettant de piloter les évolutions nécessaires à l'amélioration du réseau. Elle met en lumière un fonctionnement de nature mutualiste, qui accorde une très grande autonomie aux caisses locales. La convention d'objectifs

et de gestion constitue un progrès en ce sens, mettant l'accent sur la productivité et la maîtrise des coûts, la poursuite de la restructuration du réseau et le renforcement du rôle de la caisse centrale, promue à la qualité de « tête de réseau ». Cela étant, la Cour déplore que l'Etat mette en avant la délégation de gestion des branches maladie et accidents du travail aux assureurs privés pour refuser d'accroître les compétences de la CCMSA.

2. Le renforcement législatif des pouvoirs de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

Le I du présent article vise à renforcer les moyens de la CCMSA en matière de restructuration du réseau, conformément à la demande présentée en juin dernier par l'assemblée générale centrale de la MSA, qui a par ailleurs adopté la répartition en circonscriptions des trente-cinq futures caisses.

Le droit existant offre d'ores et déjà la possibilité de procéder à des regroupements de caisses de mutualité sociale agricole, en vue de créer des services d'intérêt commun, sous forme d'associations à but non lucratif ou de groupements d'intérêt économique (article L. 723-5 du code rural).

Il prévoit également les fusions, dont le régime est déterminé par l'article L. 723-4 : *« En cas de fusion de plusieurs caisses de mutualité sociale agricole, la circonscription de la nouvelle caisse ainsi créée est constituée par l'ensemble des circonscriptions des caisses fusionnées. Les modalités selon lesquelles sont attribués les biens, droits et obligations des caisses intéressées par la fusion sont fixées par décret. Les opérations entraînées par ce transfert, qui n'apporte aucune modification à l'affectation définitive des ressources attribuées à chacun des régimes précédemment gérés par lesdites caisses, bénéficient de l'exonération »* de tous les droits fiscaux. Les dispositions réglementaires précisent qu'il y a dissolution sans liquidation des caisses existantes et création d'une nouvelle personne morale.

L'article L. 723-6 précise cependant que la circonscription des caisses fusionnées et celle des associations à but non lucratif créées par regroupement de deux ou plusieurs caisses ne peuvent, sauf dérogation accordée par le ministre chargé de l'agriculture, excéder la circonscription de la région administrative.

Dès lors, le droit existant ne permet pas à la CCMSA d'intervenir dans le processus de décision de la fusion, qui reste d'initiative locale. C'est cette situation que le I se propose de changer, lui confiant, afin d'inciter les caisses à respecter l'échéance de 2010, un pouvoir de substitution aux conseils d'administration des caisses locales qui n'auront pas été en mesure de prendre les décisions nécessaires aux fusions.

Un nouvel article L. 723-4-1 prévoit que le conseil central d'administration – qui comprend vingt-sept représentants élus au sein de trois collèges (exploitants agricoles individuels, salariés agricoles, chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole employeurs de main-d'œuvre) ainsi que deux membres

désignés en qualité de représentants des familles par l'Union nationale des associations familiales (UNAF) sur proposition des associations familiales rurales et, avec voix consultative, trois représentants du personnel de la caisse – pourra décider, sur proposition de l'assemblée générale centrale – constituée par les délégués élus par leurs pairs au sein du conseil d'administration de chacune des caisses de MSA – la fusion de deux ou plusieurs caisses de MSA.

Le conseil central d'administration de la MSA fixera la date d'effet au 1^{er} janvier de l'année civile du terme du mandat des membres des conseils d'administration des caisses concernées ou au premier jour du mois civil suivant le terme de ce mandat, selon une distinction reprise de l'article D. 723-9 du code rural, qui s'applique aux fusions engagées à l'initiative des caisses. Le terme des mandats des membres des conseils d'administration est le même pour toutes les caisses locales de MSA. En effet, l'article 22 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale a prorogé le terme de leur précédent mandat au 31 mars 2005.

La durée de leur mandat étant de cinq ans, en vertu de l'article L. 723-29 du code rural, le prochain terme est donc fixé au 31 mars 2010. Par conséquent, la date d'effet de la fusion sera soit le 1^{er} janvier 2010 (1^{er} janvier de l'année civile du terme du mandat des membres des conseils d'administration) ou le 1^{er} avril 2010 (premier jour du mois civil suivant ce terme).

Le conseil central d'administration pourra, en lieu et place des conseils d'administration des caisses concernées, constituer en son sein, en tant que de besoin, une commission chargée de prendre toutes les mesures nécessaires à la mise en place de la nouvelle caisse et pouvant s'adjoindre des personnalités qualifiées, dont le rapporteur souhaitera qu'il soit précisé explicitement qu'elles sont désignées par le conseil central d'administration. La composition de cette commission est soumise à l'approbation du ministre chargé de l'agriculture et ses décisions exécutoires par les directeurs des caisses concernées dès leur approbation, sont soumises au contrôle de l'Etat.

Sous réserve de précisions d'ordre rédactionnel relatives aux membres des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner et à la commission que le conseil central d'administration peut constituer en son sein, le rapporteur constate que cette extension des pouvoirs de la CCMSA est conforme aux orientations fixées par l'assemblée générale centrale.

Le **II** complète les missions de la CCMSA (article L. 723-11 du code rural) en lui confiant la compétence de prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes, afin de mutualiser des missions qui ne nécessitent plus d'être réalisées par l'ensemble des organismes. Il s'agit ainsi ici d'inscrire dans la loi la fonction de « tête de réseau » que le plan d'action stratégique et la convention d'objectifs et de gestion assignent désormais à la CCMSA.

Le III participe de la même logique, en confiant à la CCMSA un pouvoir de contrôle des caisses locales. Au travers de l'Union des caisses centrales de la mutualité agricole, instituée par l'article L. 723-13 du code rural et formée de la CCMSA ainsi que de la Caisse centrale des mutuelles agricoles, la MSA partageait en effet avec les assurances mutuelles agricoles, devenues *Groupama*, et les caisses de retraite complémentaire des salariés agricoles (*Agrica*), des structures communes de gestion logistique. Cette union a toutefois été dissoute en décembre 2002.

Le nouvel article L. 723-13 résultant du III du présent article confie à la CCMSA un pouvoir de contrôle sur les caisses départementales ou pluridépartementales ainsi que sur les associations et groupements de caisses, notamment au titre de la réalisation des objectifs fixés par la convention d'objectifs et de gestion, des dépenses de gestion administrative ou de la mise en œuvre des orientations de la gestion du risque. Sans préjudice du contrôle des opérations des organismes de mutualité sociale agricole exercé par les ministres chargés de l'agriculture et des finances (article L. 724-1), la CCMSA pourra en outre contrôler la régularité des opérations de liquidation des cotisations et des prestations par les caisses, dans la perspective de la certification des comptes combinés du régime agricole, qui interviendra pour la première fois en 2009.

La Cour des comptes constate que la CCMSA a créé une mission d'évaluation générale de la gestion des organismes, destinée à vérifier les méthodes, procédures et moyens mis en œuvre par les caisses, mais que cette mission n'est dotée que de trois anciens directeurs de caisse et d'un ancien agent comptable et ne peut donc, faute de disposer d'agents ayant la qualification requise, être assimilée à un service d'audit interne. Dès lors, la CCMSA ne peut auditer les processus de gestion des risques et les procédures de contrôle, qu'il s'agisse des procédures administratives ou des applications informatiques.

Le présent article accompagne donc une réforme profonde de l'organisation et des pouvoirs de la MSA, la rapprochant progressivement des caisses nationales du régime général. La tâche restant à accomplir demeure cependant considérable. Elle comprend tout particulièrement le développement des contrôles internes, notamment dans la perspective de la validation des comptes locaux par l'agent comptable national, en vue de la certification des comptes combinés du régime et de la CCMSA par un commissaire aux comptes, à compter de l'exercice 2008. Comme l'observe la Cour des comptes, « *les regroupements ne peuvent [...] être facteurs de gains de productivité que s'ils s'accompagnent d'une profonde réorganisation des caisses regroupées, rationalisant la gestion des activités support et spécialisant les sites de production* ». Le présent article va précisément dans ce sens mais le rapporteur estime que la suppression de la gestion déléguée aux assureurs privés pour les risques maladie et accidents du travail serait de nature à réduire les frais de gestion et à accroître la productivité.

La commission a *adopté* trois amendements de précision rédactionnelle de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Elle a *adopté* l'article 65 ainsi modifié.

Article 66

Expérimentations concernant les contrôles médicaux des arrêts de travail organisés par les employeurs et les caisses d'assurance maladie

Cet article propose d'autoriser certaines caisses d'assurance maladie à expérimenter la mise en œuvre de nouvelles procédures de contrôle des arrêts de travail, afin notamment de renforcer la coordination entre les actions entreprises par le service du contrôle médical des caisses et les contrôles organisés par l'employeur en vertu de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation.

*

La commission a examiné deux amendements de suppression de l'article de M. Roland Muzeau et M. Jean-Marie Le Guen.

Mme Jacqueline Fraysse a rappelé que le montant global des indemnités journalières a baissé de 3 % par an depuis 2004, estimant qu'il est difficile d'aller plus loin dans la diminution de cette dépense. Aussi, chercher à la diminuer encore en renforçant le dispositif de lutte contre les fraudes en la matière est probablement vain et revient à « fliquer » les bénéficiaires d'indemnités journalières.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable aux amendements, soulignant que les salariés auront la possibilité de demander au service du contrôle médical un nouvel examen de leur situation. Il n'y a donc rien de stigmatisant à lutter contre les arrêts de travail injustifiés.

Mme Martine Billard a estimé que cet article confère aux employeurs un pouvoir trop important. En effet, il ne paraît pas cohérent que les contrôles qu'ils diligentent puissent avoir pour effet de suspendre non seulement le bénéfice des indemnités complémentaires qu'ils versent, mais aussi celui des indemnités journalières versées par les caisses d'assurance maladie.

M. Pierre Morange a jugé que les dispositions prévues par cet article n'ont rien d'excessif ni d'illégitime, dans la mesure où il revient au contrôle médical de s'assurer du bon emploi de fonds à caractère public. Pour éviter un débat polémique, l'application de ces dispositions pourrait par ailleurs être suivie par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS).

La commission a *rejeté* les amendements.

Elle a également *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à supprimer les dispositions relatives au renforcement de la coordination entre les actions du service médical et celles entreprises par les employeurs afin de contrôler les arrêts de travail.

La commission a *adopté* l'article 66 sans modification.

Article 67

Simplification du mode de renseignement des ressources

Cet article vise à simplifier le mode de renseignement des ressources des demandeurs ou des bénéficiaires des prestations versées par les caisses d'allocations familiales (CAF), les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) et les services de régimes spéciaux, tout en permettant la lutte active contre la fraude.

À l'heure actuelle, le mode de renseignement des ressources est la déclaration effectuée par chaque bénéficiaire ou demandeur. Le présent article a pour but de permettre aux organismes versant les prestations familiales, l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation de logement et l'aide personnalisée au logement (APL) d'obtenir ces informations directement auprès de l'administration fiscale, mettant ainsi en place la transmission des données fiscales *a priori*.

1. Éléments de contexte

Aujourd'hui, 8,5 millions d'allocataires déclarent chaque année leurs revenus aux CAF. Environ 10 % d'entre eux utilisent, à cette fin, la télédéclaration, mise en place en 2002.

Des échanges de données existent déjà actuellement entre les CAF et la direction générale des impôts (DGI). Ils sont effectués au moyen de la « transmission des données fiscales (TDF) *a posteriori* », dans le cadre des procédures de contrôle, et permettent aux CAF de vérifier l'exactitude des déclarations pour les allocataires qui bénéficient de prestations sous conditions de ressources.

L'article 5 de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre la CNAF et l'Etat le 26 juillet 2005, pour la période 2005-2008, prévoit de « simplifier les règles qui suscitent l'incompréhension des usagers », ce qui passe notamment par la transmission des données fiscales *a priori*. Il est prévu de mettre en place cette TDF *a priori* dès 2008 à la fois par les CAF et les caisses de mutualité sociale agricole.

1. Le dispositif proposé

Le présent article a pour objectif de permettre la transmission des données fiscales (TDF) *a priori* tout en conservant le dispositif actuel pour les personnes qui ne font pas de déclaration de revenus, soit 10 % des allocataires. Cette simplification concerne les prestations familiales (II), l'allocation aux adultes handicapés – AAH (III), l'allocation de logement (IV), et l'aide personnalisée au logement – APL (V).

Le I abroge les deux derniers alinéas de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale. Ces deux alinéas visent la procédure particulière d'autorisation par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) des échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale, les caisses de congés payés et les associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (ASSEDIC), soumise aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Contrairement à ce qu'affirme l'exposé des motifs, la CNIL, selon les informations recueillies par le rapporteur, n'a pas été consultée sur ce point. Cela étant, la procédure en vigueur aujourd'hui n'est plus conforme aux dispositions de la loi, après sa modification en 2004. En effet, la transposition par la France de la directive européenne 95/46 CE du 24 octobre 1995 sur la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données a appelé à un remaniement profond de la loi. Les échanges d'information visés par l'article L. 114-12 suivront dès lors la procédure de droit commun.

Le II reformule l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale. Dans sa rédaction en vigueur, il précise, au premier alinéa, que les organismes débiteurs de prestations familiales, c'est-à-dire les caisses d'allocations familiales (CAF), les caisses de mutualité sociale agricole ainsi que les services de régimes spéciaux, sont chargés de la vérification de l'exactitude des déclarations des allocataires ou demandeurs. Il mentionne, au deuxième alinéa, l'existence d'échanges d'information, à cette fin, avec les administrations publiques, et l'administration fiscale en particulier. Les échanges d'information s'effectuent actuellement uniquement *a posteriori*, sachant qu'ils sont, par ailleurs, strictement limités, par le troisième alinéa, aux données nécessaires à l'attribution des prestations familiales.

Il est proposé de compléter l'article L. 583-3 par trois alinéas concernant les informations nécessaires avant le versement de prestations :

– Le premier alinéa précise que les CAF, les caisses de mutualité sociale agricole et les services des régimes spéciaux peuvent obtenir les informations dont elles ont besoin en vertu de l'article L. 114-14 du code de la sécurité sociale, qui détaille les conditions des échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et l'administration fiscale. Cet ajout a pour conséquence une

transmission *a priori* de l'ensemble des données fiscales concernant les ressources des allocataires ou des demandeurs. Ce procédé permettra la suppression de la procédure de déclaration de revenus aux CAF et des caisses de mutualité sociale agricole pour les allocataires ou demandeurs effectuant une déclaration de revenus auprès de l'administration fiscale.

– Le deuxième alinéa renforce la lutte contre la fraude en vertu des articles L. 114-13 et L. 114-17 du code de la sécurité sociale qui sanctionnent, pour le premier, d'une amende de 5 000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration concernant les prestations ou allocations, et, pour le second, d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme, et dont le montant est fixé en fonction de la gravité des faits, l'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation.

– Le troisième alinéa précise que pour les allocataires ou demandeurs qui ne font pas de déclaration de revenus à l'administration fiscale, soit environ 10 % d'entre eux, la procédure reste la même qu'aujourd'hui, c'est-à-dire une déclaration aux CAF.

Le **III** modifie le cinquième alinéa de l'article L. 821-5 du code de la sécurité sociale. Le cinquième alinéa, dans sa rédaction en vigueur, applique à l'AAH les pénalités suivantes :

– une amende de 5 000 euros pour quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration concernant les prestations ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ;

– une amende de 3 750 euros, et en cas de récidive dans le délai d'un an, une amende de 7 500 euros pour tout intermédiaire qui aurait tenté, moyennant émoluments, d'obtenir des prestations pour un assuré social, qui est prévue par l'article L. 377-2 du même code ;

– le maximum des deux peines appliqué au délinquant, lorsqu'il a déjà été condamné pour la même infraction, avec la possibilité pour le tribunal d'insérer le nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux locaux aux frais du condamné sans que le coût puisse dépasser 7,5 euros, qui est prévu par l'article L. 377-4 de ce même code.

Il est proposé de compléter le cinquième alinéa de l'article L. 821-5 du code de la sécurité sociale, en ajoutant la référence aux dispositions de l'article L. 583-3, créées par le II du présent article.

Cet ajout permet de mettre en place, pour l'AAH, la TDF *a priori*, simplifiant ainsi le mode de renseignement des ressources, ainsi que les démarches à accomplir par le bénéficiaire de cette prestation.

Le **IV** vise à inclure l'allocation de logement dans les prestations pour lesquelles les renseignements fiscaux seront transmis *a priori* aux organismes débiteurs.

À cette fin, il reformule l'article L. 831-7 du code de la sécurité sociale. Dans sa rédaction en vigueur, cet article consacre le pouvoir de contrôle *a posteriori* des CAF sur les conditions – l'état du logement, le montant du loyer et le niveau de ressources des allocataires – qui ouvrent droit à l'allocation de logement qu'elle soit à caractère familial ou à caractère social.

À l'instar du **III**, trois alinéas sont ainsi ajoutés permettant la transmission *a priori* des données fiscales, et augmentant la lutte contre la fraude tout en assurant la pérennité du système actuel lorsque les bénéficiaires ne font pas de déclaration de revenus auprès de l'administration fiscale.

Le **V** modifie l'article L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation.

Celui-ci consacre, dans sa rédaction actuelle, le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'APL par les personnels assermentés. Les administrations publiques sont tenues de communiquer les informations nécessaires à ces personnels, notamment en vertu de l'article 2016 du code général des impôts (CGI). Étant donné le transfert de cet article 2016 sous l'article L. 160 du livre des procédures fiscales, lui-même abrogé par la loi de finances pour 1999, le présent article vise à soumettre les dispositions sur le contrôle à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, relatif à la communication entre l'administration fiscale et les autres administrations, les organismes de sécurité sociale ainsi que les services déconcentrés et décentralisés.

À l'instar du **III** et du **IV**, le **V** vise à insérer trois alinéas qui permettent la TDF *a priori*, tout en luttant contre la fraude et en assurant, pour les allocataires ou demandeurs qui ne font pas de déclaration de revenus, la pérennité du système de déclaration.

*

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a rejeté un amendement de suppression présenté par **Mme Martine Billard**, qui a jugé utile que le Parlement consacre un débat spécifique et approfondi à l'examen des conditions d'interconnexion des systèmes d'information.

Puis la commission a *adopté* trois amendements de précision rédactionnelle de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Elle a *adopté* l'article 67 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 67

Accès des centres communaux et intercommunaux d'action sociale au répertoire national commun relatif aux bénéficiaires des prestations sociales

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* un amendement de M. Pierre Morange visant à donner accès aux centres communaux et intercommunaux d'action sociale au répertoire national commun relatif aux bénéficiaires des prestations sociales et des congés payés.

Article 68

Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé

Cet article vise à renforcer la lutte contre le travail dissimulé en mettant en place deux mesures complémentaires.

Le dispositif proposé instaure, tout d'abord, une base forfaitaire de redressement en matière de travail dissimulé. Le présent article permet par ailleurs une transmission systématique des procès-verbaux des autres organes chargés de la lutte contre le travail dissimulé aux organismes de recouvrement, qui peuvent, sur cette base, effectuer la mise en recouvrement des redressements.

1. Eléments de contexte

C'est la loi du 11 mars 1997 relative au renforcement de la lutte contre le travail illégal qui met en place la terminologie actuelle de « travail dissimulé ». Ce concept est défini dans le code du travail à l'article L. 324-10 et est interdit par l'article L. 324-9. C'est un délit du travailleur indépendant ou de l'employeur et non du salarié, considéré comme la victime de la fraude.

La lutte contre le travail dissimulé est un enjeu majeur pour la branche recouvrement, en particulier l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et, plus généralement tous les organes chargés de lutter contre cette pratique. Le temps consacré à la lutte contre travail dissimulé a représenté 14 % du temps alloué au contrôle dans les unions pour le recouvrement des cotisations sociales des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) en 2006, soit une progression constante depuis 1995. La situation de 67 135 entreprises a été vérifiée par les URSSAF en 2006 et 1 354 procès-verbaux dressés. Le montant des redressements relatifs au travail dissimulé s'élève en 2006 à 74 millions d'euros.

L'objectif de taux de redressement des personnes dans le cadre de contrôles ciblés de lutte contre le travail dissimulé a été fixé à 30 % pour 2009 par la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'ACOSS et l'Etat le 31 mai 2006, pour la période 2006-2009. Il a été réaffirmé par le programme de qualité et d'efficacité (PQE) « Financement » annexé au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, dans un son indicateur 5.7. Cet objectif a déjà été dépassé en 2006 avec un taux de redressement de 41,23 %.

Le dispositif de lutte contre le travail dissimulé a, de plus, été renforcé ces dernières années avec le durcissement des sanctions. On peut notamment citer l'insertion d'un article L. 325-3 dans le code du travail, par la loi du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises, qui supprime les aides d'Etat pendant un maximum de cinq ans à l'employeur redressé pour travail dissimulé. La création, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, d'un article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale, qui annule les réductions et exonérations de cotisations sociales en cas de travail dissimulé, en fournit un autre exemple.

2. Les motivations des dispositions proposées

a) La base forfaitaire des redressements de cotisations sociales

Des bases forfaitaires de redressement existent en vertu de l'article R. 242-5 du code de la sécurité sociale. En effet, lorsque la comptabilité de l'employeur ne permet pas d'établir le montant des rémunérations qui servent de base au calcul des cotisations dues, ce dernier est effectué forfaitairement par les organismes de recouvrement. Cependant, ceux-ci doivent aussi déterminer la durée pendant laquelle le travail dissimulé a été effectué. Cette tâche est particulièrement délicate et si l'organisme de recouvrement n'arrive pas à prouver la durée du travail dissimulé, il ne peut être fait application de l'article D. 242-5. L'application d'une taxation forfaitaire n'est donc admise que de façon très restrictive par les tribunaux.

Le présent article vise à faciliter le chiffrage de redressements sur des bases forfaitaires suite à un constat de travail dissimulé, en renversant la charge de la preuve.

b) La mise en recouvrement par les URSSAF suite à des procès-verbaux dressés par d'autres organes de contrôle

Actuellement, l'article L. 325-5 du code du travail prévoit que la transmission d'informations nécessaires au recouvrement ne s'effectue que si les organes de contrôle mentionnés à l'article L. 325-1 – officiers et agents de police judiciaire, agents de la direction générale des impôts et de la direction générale des douanes, agents agréés à cet effet et assermentés des organismes de sécurité sociale et des caisses de mutualité sociale agricole, inspecteurs du travail, contrôleurs du travail, officiers et agents assermentés des affaires maritimes, fonctionnaires des corps techniques de l'aviation civile commissionnés à cet effet et assermentés, et fonctionnaires ou agents de l'Etat chargés du contrôle des transports terrestres placés sous l'autorité du ministre chargé des transports – en ont fait au préalable la demande écrite. Cette disposition appellera nécessairement, pour sa pleine mise en œuvre, une coopération étroite entre les corps de contrôle, pour garantir notamment que les procès verbaux réalisés par un intervenant soient pleinement exploitables par d'autres. En effet, actuellement, soit les procès-verbaux sont transmis au comité opérationnel de lutte contre le travail illégal (COLTI) et aux URSSAF, ou bien au seul COLTI, les URSSAF les

récupérant ensuite, soit ils ne sont pas transmis du tout, et ils ne sont alors pas décomptés au plan national dans les statistiques de la Délégation interministérielle à la lutte contre le travail illégal (DILTI).

L'article L. 325-5 définit le cadre global d'un droit de communication entre les agents de contrôle et les organismes de sécurité sociale ainsi que les caisses de congés payés. Le présent article propose une transmission systématique des procès-verbaux aux URSSAF.

Le présent article envisage, en outre, de donner une base juridique aux actions de mise en recouvrement des cotisations dues par les URSSAF dans la situation où les procès-verbaux ont été établis par d'autres agents de contrôle et qu'un contrôle des URSSAF n'a pas été effectué parallèlement ou consécutivement. Cette pratique existe déjà aujourd'hui, mais sa base juridique est très faible, puisqu'elle se fonde uniquement sur un arrêt de la Cour de cassation du 18 octobre 2005 (n° 04-30115), concernant une opération effectuée conjointement par la gendarmerie et l'URSSAF de Beauvais.

3. Le dispositif proposé

Le **I** insère, après l'article L. 242-1-1 du code de la sécurité sociale, un article L. 242-1-2. Dans son premier alinéa, par dérogation à l'article L. 242-1, qui établit la base sur laquelle est assis le calcul des cotisations sociales, l'article L. 242-1-2 met en place une base forfaitaire de redressement en matière de travail dissimulé :

– L'assiette forfaitaire sur laquelle le redressement s'opère est égale à six mois de salaire minimum, tel qu'il est défini à l'article L. 114-11 du code du travail. La mise en place d'un redressement sur une base forfaitaire était une préconisation du rapport du Conseil des prélèvements obligatoires publié en mars 2007, intitulé « La lutte contre la fraude aux prélèvements obligatoires et son contrôle ». Ce rapport proposait l'instauration d'une base légale de redressement forfaitaire égale à trois ou six mois de salaire minimum, et c'est donc l'option la plus sévère qui a été retenue.

– Cette assiette est alors détachée de la rémunération effective qu'a reçue le salarié dissimulé. Elle ne s'applique qu'à défaut de preuve contraire. Ainsi, au contraire du dispositif existant (article R. 242-5), c'est désormais l'employeur qui doit prouver qu'il n'a pas versé cette rémunération, la charge de la preuve est donc renversée.

Le deuxième alinéa permet aux URSSAF, aux caisses d'allocations familiales (CAF) et, pour l'outre-mer, aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS) de disposer d'une base juridique pour procéder au recouvrement des cotisations dues en vertu du premier alinéa. Ces organismes peuvent dès lors opérer une action de mise en recouvrement sur la base des informations des procès-verbaux qui leur sont transmis par d'autres organes luttant contre le travail

dissimulé. La base jurisprudentielle, établie par la Cour de cassation, est désormais renforcée par l'inscription de ce principe dans le code de la sécurité sociale.

Le **II** insère après l'article L. 741-10-1 du code rural, un article L. 741-10-2 qui transpose le dispositif du I au régime agricole. La base forfaitaire de six mois de salaire minimum est, ici aussi, détachée de la rémunération effective, et la charge de la preuve revient désormais à l'employeur. Les caisses de mutualité sociale agricole (MSA), en tant qu'organismes de recouvrement du régime agricole, peuvent désormais opérer une action de mise en recouvrement suite à la transmission d'un procès-verbal effectué par un autre organe de contrôle.

Le **III** insère, après l'article L. 324-12 du code du travail, un article L. 324-12-1 qui facilite la transmission des procès-verbaux aux organismes de recouvrement, c'est-à-dire les URSSAF, les CGSS et les caisses de MSA.

Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 324-12 – officiers et agents de police judiciaire, agents des directions générales des impôts et des douanes, agents des organismes de sécurité sociale et des caisses de mutualité sociale agricole, inspecteurs et contrôleurs du travail et du travail maritime, officiers et agents des affaires maritimes, fonctionnaires des corps techniques de l'aviation civile ou chargés du contrôle des transports – transmettent désormais directement et systématiquement leurs procès-verbaux de travail dissimulé aux organismes de recouvrement.

La transmission systématique des procès-verbaux devrait ainsi permettre d'augmenter le taux de redressement en matière de travail dissimulé, tout en permettant une meilleure coordination des organes chargés d'intervenir dans ce domaine.

Le **IV** insère après l'article L. 8271-8, un article L. 8271-8-1 dans le futur code du travail, c'est-à-dire dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative). Il reprend simplement le dispositif de l'article L. 324-12-1 créé par le **III** pour l'intégrer dans le nouveau code du travail.

Enfin, le **V** précise que les dispositions du **IV** entreront en vigueur en même temps que celles de l'ordonnance susmentionnée. Ce paragraphe paraît peu utile, car il est évident que les dispositions du **IV** n'entreront en vigueur que lorsque l'ordonnance dans son ensemble entrera en vigueur à son tour, c'est-à-dire après sa ratification par le Parlement.

*

La commission a *adopté* deux amendements de précision rédactionnelle de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, ainsi qu'un amendement du même auteur tendant à faciliter l'évaluation des montants d'exonération de cotisations à annuler suite au constat d'un délit de travail

dissimulé et tirant les conséquences de la mise en œuvre du redressement forfaitaire suite au constat du délit de travail dissimulé sur cette nouvelle méthode de calcul.

Elle a *adopté* l'article 68 ainsi modifié.

Article 69

Droit de communication

Cet article vise à étendre le droit de communication des agents des organismes de sécurité sociale, d'une part, et des agents de contrôle des unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et des caisses de mutualité sociale agricole (MSA), d'autre part.

Certaines dispositions permettent déjà l'exercice d'un droit de communication par ces agents. Le présent article vise à enrichir et à élargir le dispositif existant, tout en précisant les modalités selon lesquels s'exerce ce droit.

1. Le dispositif existant

Aujourd'hui, les agents des organismes de sécurité sociale et les agents de contrôle des URSSAF et des caisses de MSA possèdent déjà des prérogatives en matière de droit de communication :

– les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses de congés payés et les organismes chargés de la gestion de l'assurance chômage procèdent à des échanges d'informations, en vertu de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale. Ces organismes communiquent en outre avec l'administration fiscale, en vertu de l'article L. 114-14 ;

– les URSSAF et les agents assermentés et agréés, selon les dispositions de l'article L. 114-10, peuvent, à tout moment, demander la communication du double des bulletins de paie aux employeurs contrôlés, en vertu de l'article L. 243-12 du code de la sécurité sociale ;

– les URSSAF disposent d'un droit de communication auprès des entreprises dans le cadre de l'article L. 243-7, qui précise les prérogatives dont disposent les inspecteurs du recouvrement, et dans les conditions prévues par l'article R. 243-59.

Le présent article vise, dès lors, à améliorer les dispositions déjà existantes et à en élargir l'étendue.

2. Le dispositif proposé

L'extension du droit de communication des agents des organismes de sécurité sociale fait suite à une réflexion engagée dans le cadre du Comité national de lutte contre la fraude en matière de protection sociale, créé par décret du

23 octobre 2006. L'objectif est de calquer autant que possible les prérogatives accordées aux agents des organismes de sécurité sociale sur celles dont disposent les agents de l'administration fiscale.

Le présent article insère trois articles dans le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, chapitre relatif au contrôle et à la lutte contre la fraude.

D'abord un article L. 114-19, qui dote, d'une part, les agents des organismes de sécurité sociale qui assurent le versement des prestations, et, d'autre part, les agents de contrôle des URSSAF et des caisses de MSA d'un droit d'obtention des informations et des documents qui leur sont nécessaires, sans que cela puisse toutefois porter atteinte au secret professionnel. Ce droit de communication s'exerce, pour les premiers, pour le contrôle de la sincérité ou de l'exactitude des déclarations et des pièces justificatives qui ont pour conséquence l'attribution et le paiement des prestations. Il s'exerce, pour les seconds, dans le cadre de leurs missions respectives, définies aux articles L. 243-7 du code de la sécurité sociale et L. 724-7 du code rural. Ces agents peuvent, de plus, exercer ce droit de communication dans le cadre de leur mission de lutte contre le travail dissimulé, telle qu'elle est définie à l'article L. 324-12 du code du travail.

Ensuite un article L. 114-20, qui précise envers quelles personnes s'exerce le droit de communication défini à l'article L. 114-19, sans préjudice des autres dispositions qui existent déjà en matière d'échanges d'informations, en se référant à la section 1 du livre II du chapitre II du titre II du livre des procédures fiscales, relative aux conditions d'exercice du droit de communication des agents de l'administration fiscale. La référence au livre des procédures fiscales vise à calquer le droit de communication créé par l'article L. 114-19 sur le droit existant pour les administrations fiscales. C'est pourquoi l'article L. 114-20 mentionne des exceptions, qui sont les tiers pour lesquels un droit de communication n'est pas nécessaire aux organismes de sécurité sociale.

Par déduction, sont concernées par le droit de communication les personnes suivantes :

– les personnes versant des honoraires ou des droits d'auteur, en vertu de l'article L. 82 A ;

– les employeurs et débirentiers, en vertu de l'article L. 82 B ;

– les administrations et entreprises publiques, établissements ou organismes contrôlés par l'autorité administrative, en vertu de l'article L. 83 ;

– les personnes ayant la qualité de commerçant, en vertu des articles L. 85 et L. 85-0-A ;

– les exploitants agricoles et leurs organismes clients ou fournisseurs, en vertu de l'article L. 85 A ;

– les membres de professions non commerciales, en vertu des articles L. 86 et L. 86 A ;

– les institutions et organismes versant des rémunérations ou répartissant des fonds, en vertu de l'article L. 87 ;

– les personnes effectuant des opérations immobilières, en vertu de l'article L. 88 ;

– les compagnies d'assurance, en vertu de l'article L. 89 ;

– les entrepreneurs de transport, en vertu de l'article L. 90 ;

– les dépositaires de documents publics, en vertu de l'article L. 92 ;

– les intermédiaires professionnels des bourses et des valeurs, en vertu des articles L. 94 et L. 94 A ;

– les banques, en vertu de l'article L. 96 ;

– tout organisme soumis aux dispositions du titre I^{er} du livre V du code monétaire et financier ou cité à l'art L. 518-1, en vertu de l'article L. 96 A. Le livre V du code monétaire et financier concerne les prestataires de services et son titre I^{er} est relatif aux établissements du secteur bancaire à savoir les établissements de crédit, les banques mutualistes et coopératives, le crédit municipal, les sociétés financières, les institutions financières spécialisées, les compagnies financières et conglomérats financiers, les établissements et services autorisés à effectuer des opérations de banque, tels que la Caisse des dépôts et consignations, la Poste ou bien encore la Caisse nationale d'épargne, et, enfin, les intermédiaires en opérations de banque.

A contrario, l'article L. 114-20 précise les personnes qui ne sont pas concernées par ce droit de communication des organismes de sécurité sociale, à savoir :

– le ministère public, en vertu de l'article L. 82 C du livre des procédures fiscales ;

– les agents de la direction générale des impôts et de la direction générale des douanes et des droits indirects, en vertu de l'article L. 83 A et les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, et de la direction générale des douanes et droits indirects en vertu de l'article L. 83 B ;

– les administrations dépositaires de renseignements individuels portant sur l'identité ou l'adresse des personnes ou d'ordre économique ou financier, recueillis au cours des enquêtes statistiques, en vertu de l'article L. 84 ;

– la Commission nationale des comptes de campagne et des financements politiques, en vertu de l'article L. 84 A ;

– les congrégations, communautés et associations religieuses, et les sociétés ou associations civiles soumises au droit d'accroissement prévu à l'article 1005 du code général des impôts, en vertu de l'article L. 91 ;

– les caisses de mutualité sociale agricole, en vertu de l'article L. 95 ;

– les personnes mentionnées aux articles 277 A et 286 *quater* du code général des impôts, relatifs aux assujettis à la taxe à la valeur ajoutée (TVA), en vertu de l'article L. 96 B ;

– les établissements diffuseurs ou distributeurs de services payants de programmes de télévision, en vertu de l'article L. 96 E ;

– le fiduciaire, le constituant, le bénéficiaire ou toute personne physique ou morale exerçant par quelque moyen un pouvoir de décision direct ou indirect sur la fiducie, en vertu de l'article L. 96 F.

Enfin, le présent article insère un article L. 114-21. Ce dernier prévoit que l'organisme ayant usé du droit de communication peut en conséquence recouvrer les sommes dues ou supprimer le service d'une prestation. L'organisme doit motiver sa décision en explicitant la teneur et l'origine des informations et des documents obtenus auprès de tiers. L'organisme doit, de plus, communiquer une copie des documents qui permettent de motiver la décision à toute personne qui en fait la demande, avant que la mise en recouvrement ou la suppression du service de la prestation soit effectuée.

Cet article a pour objectif de calquer la procédure en matière de droit de communication pour les organismes de sécurité sociale sur celle qui existe en matière fiscale, en s'inspirant de l'article L. 76 B du livre des procédures fiscales. Introduit par l'article 27 de l'ordonnance n° 2005-1512 du 7 décembre 2005 relative à des mesures de simplification en matière fiscale et à l'harmonisation et l'aménagement du régime des pénalités, cet article a codifié une jurisprudence ancienne et constante du Conseil d'Etat⁽¹⁾ en matière de garanties des contribuables en cas d'exercice du droit de communication, permettant à la personne concernée de demander les pièces et informations à partir desquelles l'administration fiscale a motivé sa décision, avant la mise en recouvrement.

*

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements de suppression de cet article présentés par Mme Marie-Hélène Amiable et Mme Martine Billard.

Elle a *adopté* l'article 69 sans modification.

(1) Cf. notamment Conseil d'Etat, 3 décembre 1990, SA Antipolia (n° 103101) et 3 mai 2004, Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie c/M. Besaucèle (n° 236669).

Article additionnel après l'article 69

**Droit des organismes de sécurité sociale à agir
devant les juridictions pénales ou civiles**

La commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, tendant à reconnaître la capacité des organismes de sécurité sociale à agir devant les juridictions pénales ou civiles afin de renforcer leurs moyens de contrôle des fraudes.

Article additionnel après l'article 69

**Moyens à la disposition des organismes de sécurité sociale
pour rechercher les fraudes**

La commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, tendant à permettre aux organismes de sécurité sociale de mettre en œuvre, sous le contrôle de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), des actions de contrôle sur les dossiers de remboursement et les systèmes informatiques y afférents.

Article 70

**Extension du contrôle médical aux bénéficiaires
de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents**

Cet article a pour objet d'étendre le contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État et de la prise en charge des soins d'urgence.

*

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur** la commission a *rejeté* un amendement de suppression de l'article de Mme Marisol Touraine.

Puis elle a *adopté* un amendement de précision rédactionnelle de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Elle a *adopté* l'article 70 ainsi modifié.

Après l'article 70

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements de Mme Martine Billard et de Mme Marisol Touraine permettant aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État de se faire délivrer la carte électronique interrégimes et de se faire rattacher au répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie.

Conformément à l'avis du **rapporteur**, la commission a également *rejeté* un amendement de Mme Marisol Touraine tendant à porter le plafond de ressources pris en compte pour le bénéfice de la couverture maladie universelle

complémentaire au seuil de pauvreté calculé par l’Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et à relever le montant de l’aide à l’acquisition d’une assurance complémentaire santé.

Article 71

Harmonisation du contrôle des arrêts de travail accidents du travail-maladies professionnelles avec les dispositions applicables en assurance maladie

Cet article vise à aligner certaines règles relatives aux arrêts de travail en matière d’accidents du travail et de maladies professionnelles avec les dispositions applicables pour l’assurance maladie, d’une part, en renforçant les moyens de contrôle des arrêts du travail consécutifs à un accident du travail de façon similaire aux dispositions relatives à l’assurance maladie et, d’autre part, en rendant opposables aux caisses les avis du contrôle médical.

*

Suivant l’avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de suppression de l’article présenté par Mme Martine Billard, puis elle a *adopté* l’article 71 sans modification.

Section 7

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 72

Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

Le 1° du D du I de l’article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale «*fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base*».

Après leurs recettes (article 18) et leurs tableaux d’équilibre (article 21), le présent article fixe donc les charges de ces organismes : compte tenu notamment de ce que ces charges ne sont pas modifiées par les mesures associées au présent projet de loi de financement, le rapporteur se bornera donc à renvoyer à son commentaire de ces deux précédents articles.

Charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

(en milliards d'euros)

	2007	2008	Evolution
FSV	14,2	14,2	- 0,4 %
FFIPSA	16,5	16,8	+ 1,8 %

Source : PLFSS 2008

*

La commission a *adopté* un amendement de précision rédactionnelle de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Puis, elle a *adopté* l'article 72 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 72

Maisons médicales en milieu rural

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prélé prévoyant que l'État favorise la création de maisons médicales en milieu rural et que les collectivités territoriales peuvent participer aux dépenses d'investissement et de fonctionnement de ces maisons.

M. Jean-Luc Prélé a jugé nécessaire d'appeler l'attention du gouvernement sur l'intérêt des maisons médicales en milieu rural.

M. Marc Bernier a souhaité cosigner l'amendement.

M. Christian Paul s'est déclaré favorable à ce dispositif. Il faut noter que les locaux de ces maisons médicales sont assimilés aujourd'hui à des locaux commerciaux et que les collectivités territoriales sont, en conséquence, assujetties au taux normal de taxe sur la valeur ajoutée, sans compensation possible, pour les investissements immobiliers qu'elles effectuent en ce domaine. En corollaire de cet amendement, ce sujet mériterait d'être discuté dans le cadre de l'examen d'un projet de loi de finances.

M. Georges Colombier a rappelé que la mission d'information sur la prise en charge des urgences médicales, qu'il a présidée, a formulé en février 2007 des propositions très précises en la matière, qui vont dans le sens de l'amendement proposé.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* l'amendement, le président Pierre Méhaignerie, MM. Benoist Apparu, Georges Colombier, Christian Paul et Mme Bérengère Poletti ayant fait part de leur souhait de le cosigner également.

Après l'article 72

M. Jean-Luc Prével a présenté un amendement visant à fixer le taux de la TVA à 2 % pour favoriser la consommation de fruits et légumes, cette mesure incitative s'inscrivant dans une politique de lutte contre l'obésité et dans une logique de prévention.

À la demande du **président Pierre Méhaignerie**, qui a estimé que cette question avait vocation à être abordée dans le cadre du « Grenelle de l'Environnement », M. Jean-Luc Prével a *retiré* son amendement.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, qui a fait remarquer que ces amendements traitent de la politique de santé publique et non du financement de la sécurité sociale, la commission a *rejeté* treize amendements de M. Jean-Luc Prével, ayant l'objet suivant :

– instituer une politique de prévention de la dépendance alcoolique et mettre en place un institut national de prévention de l'alcoolisme ;

– présenter un rapport au Parlement afin d'évaluer les actions menées contre la toxicomanie ;

– renforcer la politique de santé publique en introduisant des schémas d'organisation sanitaire spécifiques ;

– prévoir que le Parlement se prononce parallèlement à l'ONDAM sur une enveloppe dédiée à la politique de prévention ;

– instaurer un débat annuel au Parlement sur le suivi et la réévaluation des priorités de santé publique ;

– préciser que le Parlement définit chaque année des priorités de santé publique à partir des propositions de la Conférence nationale de la santé ;

– définir les missions d'un conseil national de santé chargé de veiller à l'adéquation de l'offre des services médicaux par rapport aux besoins de la population et de contrôler la politique menée par les agences régionales de santé ;

– rendre obligatoire l'établissement de programmes visant à prévenir et à traiter la dépendance alcoolique ;

– rendre obligatoire l'établissement de programmes de prévention pour l'éducation et la promotion de la santé ;

– garantir une représentation équilibrée des professionnels de santé et des associations de malades dans les conseils régionaux de santé afin de mettre en place une maîtrise médicalisée des dépenses de santé ;

– mettre en place dès 2008 une formation continue des médecins et des professions paramédicales ;

– instaurer un *numerus clausus* régional par spécialité pour permettre une régulation de la démographie médicale au niveau régional ;

– créer dans chaque région une union des professions paramédicales exerçant à titre libéral afin de permettre à ces professionnels d’être représentés et de pouvoir faire valoir des propositions sur l’organisation de leurs professions.

Article additionnel après l’article 72

Regroupement au sein de fédérations médicales interhospitalières de médecine légale des structures d’accueil pour victimes d’infractions pénales

La commission a examiné un amendement de M. Olivier Jardé visant à mieux organiser l’exercice de la médecine légale sur le territoire national et à permettre aux centres hospitaliers comportant une structure destinée à l’accueil des victimes d’infractions pénales de se regrouper au sein de fédérations médicales interhospitalières de médecine légale pour l’accomplissement de leur mission.

M. Olivier Jardé a souligné que cette réorganisation de la médecine légale se ferait dans le cadre de structures de coordination qui sont déjà prévues par le code de la santé publique et qu’elle n’entraînerait donc pas de surcoût pour l’assurance maladie.

Suivant l’avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* l’amendement.

Suivant l’avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à ce que les directeurs et directeurs-adjoints de laboratoires d’analyses médicales puissent prescrire les médicaments ou produits nécessaires à la réalisation des analyses et faire réaliser des analyses complémentaires lorsque le résultat des premiers examens le rend nécessaire.

À la demande du **président Pierre Méhaignerie**, M. Jean-Luc Préel a ensuite *retiré* neuf amendements ayant pour objet de :

– supprimer le comité d’alerte créé par la loi du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie ;

– permettre à toute personne qui ne reprend pas une activité professionnelle à l’issue d’un congé parental d’éducation de retrouver ses droits antérieurs en matière d’affiliation à l’assurance maladie ;

– revoir les modalités de calcul des indemnités journalières ;

– permettre aux assistantes maternelles de bénéficier d’une retraite au titre des ouvrières mères de famille ayant eu trois enfants ;

– supprimer la condition de ressources pour le versement de la pension de réversion ;

– prévoir que la pension de réversion a un montant minimum équivalent à l’allocation veuvage ;

– préciser que pour l’attribution de la pension de réversion l’appréciation des conditions de ressources est opérée définitivement au moment de la liquidation ;

– énoncer le principe selon lequel la pension de réversion constitue un droit acquis par les cotisations du conjoint décédé ;

– généraliser dès 2008 la mise en place des agences régionales de santé et de mettre fin à la période d’expérimentation telle qu’elle avait été prévue par la loi de 2004 sur l’assurance maladie.

M. Roland Muzeau a également *retiré* un amendement de M. Daniel Paul visant à supprimer les restrictions existantes pour l’accès aux soins des étrangers en situation irrégulière.

La commission a *adopté* la quatrième partie du projet de loi ainsi modifiée.

Puis la commission a **adopté** l’ensemble du projet de loi ainsi modifié.

*

* *

En conséquence, et sous réserve des amendements qu’elle propose, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l’Assemblée nationale d’adopter le projet de loi n° 284.

ANNEXE LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Confédération française démocratique du travail (CFDT) :** M. Philippe Le Clezio, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale, et M. Abdou Ali Mohamed, secrétaire confédéral chargé de l'assurance maladie
- **Fonds de financement des prestations des non salariés agricoles (FFIPSA) :** M. Daniel Caron, président du conseil d'administration et M. Jean-Paul Heulin, directeur de l'établissement de gestion du FFIPSA
- **Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)/Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) :** M. Frédéric van Roekeghem, directeur général, M. Thomas Fatome, directeur de cabinet, et Mme Sophie Thuot-Tavernier, chargée des relations avec le Parlement
- **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) :** M. André Hoguet, conseiller confédéral, M. Michel Moïse-Mijon, secrétaire confédéral, et M. Benoît Tassart, conseiller technique
- **Confédération générale du travail (CGT) –** M. Pierre-Yves Chanu, conseiller confédéral
- **Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) :** M. Jean-Louis Deroussen, président, M. Jacques Lucbéreilh, directeur-adjoint, et Mme Patricia Chantin, chargée des relations avec le Parlement
- **Régime social des indépendants (RSI) :** M. Dominique Liger, directeur général, M. Gérard Quévillon, président du conseil d'administration, et M. Philippe Ulmann, directeur de la politique de santé et de gestion du risque
- **Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) :** M. Patrice Ract-Madoux, président du conseil d'administration
- **Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME) :** M. Jean-François Veysset, vice-président chargé des affaires sociales, et M. Georges Tissié, directeur des affaires sociales
- **Force Ouvrière (FO) :** M. Jean-Marc Bilquez, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale, M. David Riboh, assistant confédéral chargé de la famille et du financement, et Mme Marie-Christine Sentis, assistante confédérale chargée de l'assurance maladie
- **Union professionnelle artisanale (UPA) :** M. Pierre Martin, président, M. Pierre Burban, secrétaire général, et M. Guillaume Tabourdeau, chargé des relations avec le Parlement

- **Mouvement des entreprises de France (MEDEF) :** M. Jean-René Buisson, président de la commission « Protection sociale », Mme Véronique Cazals, directrice de la commission « Protection sociale », et M. Guillaume Ressot, directeur-adjoint « Affaires publiques »
- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) :** M. Gérard Pelhate, président du conseil d'administration, M. Yves Humez, directeur général, et M. Pierre-Jean Lancry, directeur de la santé
- **Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) :** M. Pierre Burban, président, M. Pierre Ricordeau, directeur, et M. Alain Gubian, directeur de la direction financière et de la direction des statistiques, des études et de la prévision
- **Fonds de réserve pour les retraites (FRR) :** M. Raoul Briet, président du conseil de surveillance, M. Yves Chevalier, membre du directoire, et Mme Sophie Barbier, chargée de mission
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV) :** M. Jacques Lenain, directeur
- **Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC) :** Mme Danièle Karniewicz, secrétaire nationale chargée du pôle protection sociale, et M. Gilles Castre, conseiller technique
- **Les entreprises du médicament (LEEM) :** M. Christian Lajoux, président, M. Bernard Lemoine, vice-président délégué, M. Claude Bougé, directeur général-adjoint, et Mme Aline Bessis-Marais, responsable des affaires publiques
- **Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) :** M. Patrick Hermange, directeur, Mme Annie Rosès, directrice « Retraite et contentieux », et M. Vincent Poubelle, directeur « Prospective et coordination des études »
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) :** M. Gérard de la Martinière, président, M. Jean-Marc Boyer, délégué général, M. Alain Rouché, directeur « Santé », et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire
- **Mutualité française :** M. Daniel Lenoir, directeur général, Mme Isabelle Millet-Caurrier, directrice des affaires publiques, et M. Vincent Figureau, responsable du département relations extérieures