

N° 1995

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 octobre 2009

AVIS

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES FINANCES, DE L'ÉCONOMIE GÉNÉRALE ET DU CONTRÔLE BUDGÉTAIRE SUR LE PROJET *de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010* (n° 1976),

PAR Mme Marie-Anne MONTCHAMP,

Députée.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER : UN SYSTÈME DANGEREUSEMENT DÉSÉQUILIBRÉ PAR L'AMPLEUR DES DÉFICITS	9
I.- DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DURABLEMENT FRAGILISÉS PAR LA CRISE	9
A.- UNE TRAJECTOIRE DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BRUTALEMENT ROMPUE EN 2009	9
1.- Un déficit 2008 encore peu marqué par la crise	10
2.- 2009 : les comptes sociaux frappés de plein fouet par la crise	11
B.- 2010 : DES PRÉVISIONS FINANCIÈRES ALARMANTES	12
1.- Un déficit qui atteint des niveaux historiques	12
2.- Un panorama des principales recettes prévues pour 2010	15
II.- AU-DELÀ DU PLFSS, LE DÉFI D'UN REDRESSEMENT DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	19
A.- UN PLFSS QUI NE SERA PAS À LA HAUTEUR DES ENJEUX	20
1.- De nouvelles recettes quasi exclusivement assurées par la remise en cause de certaines niches sociales	20
2.- La poursuite de l'effort de maîtrise des dépenses	23
3.- Les prévisions pluriannuelles du PLFSS : pas de redressement à l'horizon	25
B.- UNE SITUATION DONT LA GRAVITÉ EXIGE D'AGIR SANS ATTENDRE	27
1.- Des mesures qui ne permettront pas de limiter l'ampleur du découvert de trésorerie de l'ACOSS en l'absence de réouverture de la CADES	27
2.- Des mesures qui doivent être prises sans attendre pour faire face à la croissance mécanique de la dette sociale	32
CHAPITRE II : LES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE	37
I.- LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE NE COMPENSE PAS UN DÉSÉQUILIBRE QUI S'ACCROÎT STRUCTURELLEMENT	37
A.- LE DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE SE CREUSE MALGRÉ LA RELATIVE MAÎTRISE DES DÉPENSES	37
1.- La relative maîtrise de l'ONDAM en 2008 et 2009 n'a pas suffi à freiner la dégradation du solde de la branche maladie	38

2.– Les nouvelles mesures d'économies permettent de contenir l'évolution des dépenses, mais pas d'éviter le creusement du déficit en 2010	40
3.– L'évolution structurelle de la demande de soins nécessite une réforme du système de santé fondée sur la médicalisation et la régulation	42
B.– LA PROGRESSION DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE EST MIEUX MAÎTRISÉE.....	45
1.– Bien que les objectifs soient dépassés, l'évolution des dépenses de soins de ville ralentit en 2008 et 2009.....	45
2.– Le respect de l'ONDAM pour 2010 passe par le renforcement de la maîtrise médicalisée et l'ajustement des tarifs dans le domaine des soins de ville.....	48
C.– LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE L'ASSURANCE MALADIE NE PEUT SE CONCEVOIR SANS AMÉLIORATION DE LA GESTION DES HÔPITAUX.....	49
1.– La progression des dépenses hospitalières en 2008 et 2009.....	50
2.– Le sous-objectif pour 2010 repose sur une maîtrise modérée des dépenses	50
3.– Le redressement des comptes des hôpitaux et de la branche maladie suppose des efforts de productivité de plus grande ampleur	52
II.– LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	55
A.– APRÈS UN REDRESSEMENT EN 2008, LA BRANCHE AT-MP RENOUE AVEC LE DÉFICIT EN 2009 EN RAISON DE LA DÉGRADATION DE LA CONJONCTURE ÉCONOMIQUE	56
1.– Une embellie en 2008.....	56
2.– La crise explique la dégradation du solde et son évolution contraire aux prévisions en 2009.....	57
B.– EN 2010, LE DÉFICIT DE LA BRANCHE DEVRAIT S'APPROFONDIR	57
1.– Un déficit de 800 millions en 2010.....	57
2.– La prévention des risques est l'outil principal pour maîtriser les dépenses de la branche : l'instauration d'un système de bonus-malus	57
C.– LE POIDS TOUJOURS ÉLEVÉ DES FONDS AMIANTE PÈSE SUR LA CAPACITÉ DE FINANCEMENT DE LA BRANCHE.....	58
1.– En 2008 et 2009, les contributions aux deux fonds augmentent	59
2.– En 2010, les contributions de l'État aux deux fonds amiante sont stables à un niveau élevé	59
III.– LA BRANCHE FAMILLE	60
A.– LA BRANCHE FAMILLE EST DEVENUE DÉFICITAIRE, ROMPANT AINSI AVEC UNE PÉRIODE D'EXCÉDENT STRUCTUREL.....	61
1.– La fin d'une période excédentaire : la montée en charge de la PAJE	61
2.– En 2009, le déficit est aggravé par la crise.....	62
B.– EN 2010, CE DÉFICIT DEVRAIT S'APPROFONDIR EN RAISON DE LA PERSISTANCE DE LA CRISE ÉCONOMIQUE	63
1.– Un solde déficitaire de 4,4 milliards d'euros en 2010	63
2.– Les mesures visant à développer la garde d'enfants ont un poids non négligeable dans les charges de la branche	64

IV.– LA BRANCHE VIEILLESSE DANS L'ATTENTE DU « RENDEZ-VOUS » DES RETRAITES DE 2010	65
A.– LE DÉFICIT STRUCTUREL DE LA BRANCHE VIEILLESSE, AGGRAVÉ PAR UN DÉFICIT CONJONCTUREL, IMPLIQUE UNE RÉVISION DES ÉQUILIBRES	65
1.– L'accroissement structurel des prestations de retraite est amorti par la diminution du nombre de départs en retraite anticipée en 2009	65
2.– L'aggravation structurelle du déficit implique une réforme de l'assurance vieillesse ...	67
B.– LA DÉGRADATION DES COMPTES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE	70
1.– En 2009, l'accroissement des dépenses du FSV est lié à l'augmentation du chômage et à la progression soutenue des prestations à la charge du Fonds	71
2.– Les recettes pâtissent du transfert d'une partie des recettes de la CSG à la CADES	72
3.– Un déficit aggravé en 2010	72
C.– L'IMPACT DE LA CRISE SUR LES PERFORMANCES DU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES	73
1.– La crise financière a effacé les gains accumulés par le FRR depuis sa création mais n'a pas entamé le capital	74
2.– LE FRR a revu sa politique de placement, sans remettre en cause sa stratégie globale	75
V.– LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE ET LE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE	77
A.– MALGRÉ LA SOUS-EXÉCUTION CHRONIQUE DE L'OBJECTIF GLOBAL DES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES, LA CNSA EST DÉFICITAIRE EN 2009 ET 2010	77
1.– Un mode de financement original et complexe	77
2.– La CNSA sera déficitaire en 2009	78
3.– Les réserves de la CNSA s'épuisent en 2010	81
B.– LE DÉVELOPPEMENT DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX PÂTIT DE LA SOUS-CONSOMMATION DE L'OGD MÉDICO-SOCIAL	83
1.– La sous-consommation chronique de l'objectif global des dépenses médico-sociales	83
2.– La poursuite du développement des établissements médico-sociaux en 2010	83
EXAMEN EN COMMISSION	85
AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION	113
ANNEXE : LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS	133

INTRODUCTION

« Je ne m'énerve pas, j'explique »

« Un travail de refondation est (...) nécessaire pour rétablir une cohérence, tant interne qu'extérieure. Nous avons dépassé les limites de la cohérence du système actuel avec son environnement. Pendant vingt ou trente ans, on a pu s'en tenir à des mesures ponctuelles – ce qu'on a appelé « maîtrise comptable » des dépenses, puis rebaptisé « maîtrise médicalisée » pour faire moins peur, bien que cela revienne à peu près au même ! Désormais, une remise à plat est nécessaire, quelles que soient les réponses que l'on donnera ».

C'est par ces mots que le Premier Président de la Cour des comptes, M. Philippe Séguin, répondait le 16 septembre dernier, lors de son audition par la Commission des affaires sociales, à une question de la Rapporteure pour avis sur les risques qui pèsent sur le financement de nos comptes sociaux.

Ces risques, qui entraînent une distorsion du modèle de la sécurité sociale, sont en effet de deux ordres.

– Le premier risque est **d'ordre financier**, et la crise qui a éclaté à l'automne 2008 ne fait que le rendre plus saisissant, à travers son impact sur les recettes des organismes de sécurité sociale. Nous consacrons désormais plus de 4 milliards d'euros de prélèvements sociaux et fiscaux au paiement des intérêts de la dette du régime général et du régime agricole. En 2008, la somme des charges nettes d'intérêts et de l'amortissement de la dette sociale ont dépassé 7 milliards d'euros⁽¹⁾. Les projections financières relatives à l'évolution des déficits des régimes de base montrent que des conditions macroéconomiques plus favorables ne permettront pas de redresser les comptes. Le déficit est durable et structurel et résulte d'un décalage entre la progression « spontanée » des dépenses et l'évolution des produits de la sécurité sociale. Une refondation s'impose donc pour un système qui atteint aujourd'hui les limites de sa soutenabilité.

– Le second risque est endogène au **modèle social** lui-même. Malgré une réelle progression dans la maîtrise des dépenses ces dernières années, le système atteint aujourd'hui ses limites. L'augmentation continue des dépenses de santé est structurelle, car elle est liée au vieillissement de la population. Or, il n'est pas soutenable de financer ces dépenses croissantes par des recettes dont l'assiette augmente moins vite, à savoir principalement les cotisations sociales assises sur la masse salariale.

(1) Rapport d'enquête de la Cour des comptes sur la gestion des découverts de trésorerie et le financement de la dette sociale, publié par la commission des Finances et la commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale sous les n° 1932-1933, <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1933.asp>.

Des solutions peuvent et doivent être trouvées ; il n'est plus possible aujourd'hui de reporter ce débat.

Sur le plan financier, un assainissement de la situation des comptes sociaux doit intervenir au plus vite. Il ne pourra passer que par une distinction claire entre les besoins de financement permanents et les déficits cumulés constitutifs d'une dette et une amélioration du pilotage de la gestion de la trésorerie des différents régimes.

Quant à notre modèle social, il doit être repensé à la lumière des enjeux actuels que sont le vieillissement de la population et la nécessité de responsabiliser les acteurs. Le rendez-vous des retraites de 2010 nous en donne l'occasion, mais il s'agira également de revoir la régulation de notre système de santé.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale constitue un outil efficace et va résolument dans le bon sens, tant à travers les mesures de mobilisation de nouvelles recettes par la mise en cause des niches sociales que par le souci constant de maîtrise des dépenses qui l'anime. Cependant, il ne résout pas le problème de la soutenabilité des déficits, qui risque de se poser dès 2010. La réforme de notre modèle de protection sociale et de son financement ne peut plus attendre.

CHAPITRE PREMIER : UN SYSTÈME DANGEREUSEMENT DÉSÉQUILIBRÉ PAR L'AMPLEUR DES DÉFICITS

I.- DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DURABLEMENT FRAGILISÉS PAR LA CRISE

Le déclenchement de la crise financière à l'automne 2008 a sensiblement bouleversé l'exercice de prévision qui incombe au projet de loi de financement de la sécurité sociale : qui aurait en effet pu prévoir avec précision au dernier trimestre de l'année dernière l'ampleur de la baisse de l'emploi qui serait celle de 2009 ⁽¹⁾ ? La détérioration brutale des encaissements de la sécurité sociale en 2009 a surpris et montre *a posteriori* que l'exercice de prévision relève du tour de force dans un contexte macroéconomique aussi perturbé.

Le tableau suivant illustre ainsi le décalage important entre les prévisions et la réalisation sur les derniers exercices.

ÉCART ENTRE PRÉVISION ET RÉALISATION EN 2008 ET 2009 ET PRÉVISIONS POUR 2010

(en milliards d'euros)

	2008			2009		2010
	Prévision initiale LFSS pour 2008	Prévision rectifiée LFSS pour 2009	Réalisation	Prévision initiale LFSS pour 2009	Prévision rectifiée LFSS pour 2010	Prévision PLFSS pour 2010
Solde régime général	-8,8	-9,3	-10,2	-10,5	-23,5	-33,6
Solde ensemble des régimes de base	-7,7	-9	-9,7	-11,4	-24,7	-34,9

Source : lois de financement de la sécurité sociale pour 2008 et 2009 et projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

A.- UNE TRAJECTOIRE DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE BRUTALEMENT ROMPUE EN 2009

Le déficit de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) est multiplié par plus que trois entre 2008 et 2010 : il passe, sur cette période, de 11,2 à 38,8 milliards d'euros, et de 10,2 à 33,6 milliards d'euros, avant mesures prises en loi de financement.

(1) Le recul de l'emploi serait de -2,6 % en 2009 alors que la progression sur 2008 était encore de +1 %.

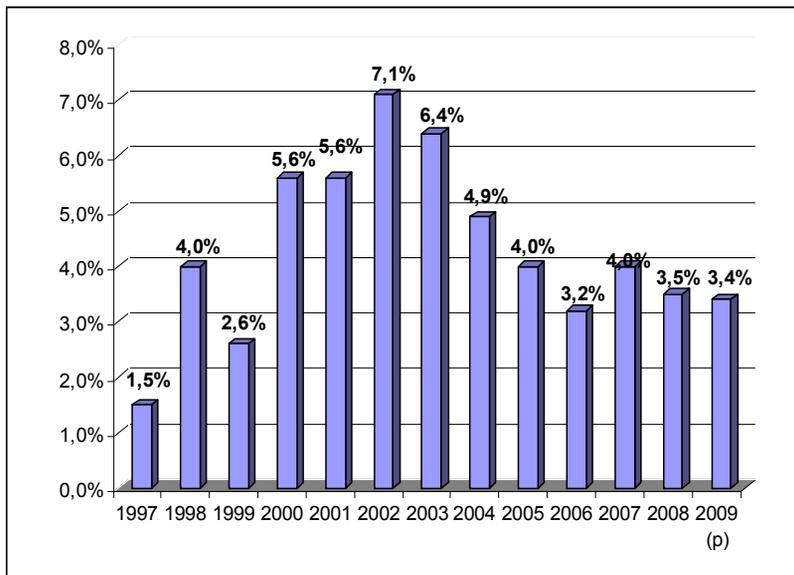
1.– Un déficit 2008 encore peu marqué par la crise

Le déficit du régime général au titre de l'exercice 2008 s'établit à 10,2 milliards d'euros, dont 4,4 milliards d'euros pour la branche maladie et 5,6 milliards d'euros pour la branche vieillesse. Au total, la dégradation des comptes a été relativement canalisée, à hauteur de 700 millions d'euros, ceux-ci n'ayant que peu subi l'impact de la crise en 2008.

L'observation de l'évolution des comptes du régime général entre 2007 et 2008 présente l'intérêt de montrer *a contrario* l'importance de l'effet de la crise économique sur les exercices ultérieurs : en effet, en 2008, la branche maladie affiche un solde en relative stabilité par rapport à 2007, l'essentiel de la dégradation étant à mettre au compte de la branche vieillesse, dont le déficit se creuse d'un milliard entre 2007 et 2008.

Ces résultats témoignent de la maîtrise de la courbe des dépenses d'assurance maladie et d'un effort de redressement qui porte ses fruits : en effet, le ralentissement net des dépenses de soins de ville sur la période tient en grande partie à l'instauration de la franchise médicale. Ils confirment également qu'il existe une réelle possibilité d'assurer un meilleur pilotage de l'assurance maladie : la croissance des dépenses dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est en effet restée contenue à 3,4 %, confirmant la décélération entamée à partir de 2003.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM SUR LA PÉRIODE 1997-2009



Source : commission des comptes de la sécurité sociale

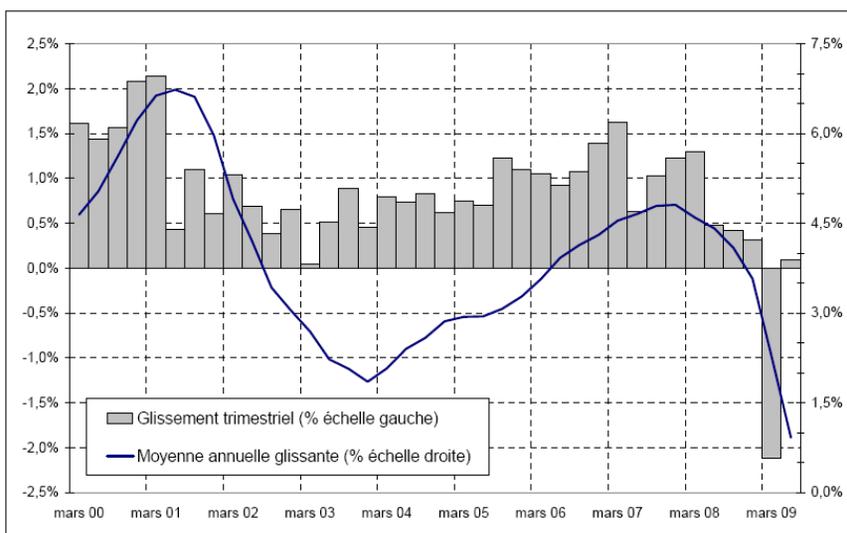
Ils permettent également d'identifier les facteurs structurels de déséquilibre des comptes sociaux, liés à l'incapacité du système de retraites actuel à continuer à jouer son rôle à l'avenir, confronté qu'il est au phénomène du vieillissement démographique.

2.- 2009 : les comptes sociaux frappés de plein fouet par la crise

La reprise par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits cumulés, au 31 décembre 2008, des branches maladie et vieillesse du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), à hauteur de 27 milliards d'euros, devait permettre d'assainir la situation financière du régime général, en évitant de faire peser une charge insoutenable sur sa trésorerie. Le plafond d'emprunt de l'ACOSS a donc logiquement été revu à la baisse pour 2009, à hauteur de 18,9 milliards d'euros contre 36 milliards d'euros en 2008. La crise financière déclenchée à l'automne 2008, qui a frappé de plein fouet les comptes de la sécurité sociale en 2009, a toutefois conduit le Gouvernement à relever le plafond de trésorerie de l'ACOSS en cours d'exercice ⁽¹⁾ à hauteur de 29 milliards d'euros. Le découvert de trésorerie de l'ACOSS pourrait en effet atteindre 26,3 milliards d'euros fin 2009.

Cette détérioration brutale tient principalement à un recul de la masse salariale lié à la conjoncture économique, recul qui serait de 2 % en 2009 alors même que celle-ci avait encore augmenté de 3,6 % en 2008, comme le montre le graphique suivant.

ÉVOLUTION DE LA MASSE SALARIALE DU SECTEUR PRIVÉ DEPUIS 2000



Source : agence centrale des organismes de sécurité sociale

(1) Ce relèvement du plafond des avances remboursables est intervenu par le décret n° 2009-939 du 29 juillet 2009, dont la ratification est proposée par l'article 3 du présent projet.

D'après les données de l'ACOSS, cet écart de 5,6 points entre 2008 et 2009 de l'évolution de la masse salariale représente une perte de recettes de 11 milliards d'euros pour le régime général.

Or, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, votée à l'automne 2008, tablait sur une hypothèse de croissance de la masse salariale de 2,75 % : l'écart est donc de 4,75 %, entre prévision et réalisation ; il correspond à une perte de recettes de l'ordre de 9,5 milliards d'euros. En effet, le retournement de l'emploi et de la masse salariale pèse particulièrement sur les prélèvements sur les revenus d'activité – cotisations et part prépondérante de la contribution sociale généralisée (CSG) –, celle-ci constituant l'assiette des trois quarts de ces produits.

De la même manière, les prélèvements sociaux sur les revenus du capital, composés de CSG pour les trois quarts, s'inscriront en forte baisse en 2009, en raison de la chute des marchés boursiers et des transactions immobilières et de la contraction des revenus des sociétés : la perte de recettes à ce titre pourrait s'élever à 3,4 milliards d'euros en 2009.

Malgré un excédent de 600 millions d'euros dégagé grâce à un panier de recettes fiscales compensant les allègements généraux de cotisations et le dynamisme des impôts et taxes affectés au régime général (+ 27,5 % en 2009), le total des produits du régime général s'inscrirait en diminution de 0,5 % en 2009, alors même que ses charges augmentent de 3,6 % sur l'exercice.

Par rapport aux prévisions, le décrochage sera donc de 13 milliards d'euros, portant le déficit à 23,5 milliards d'euros en 2009.

Malgré le caractère brutal et sans précédent de la crise qui a frappé l'économie, on peut considérer que les prévisions faites à l'automne 2008 péchaient résolument par excès d'optimisme.

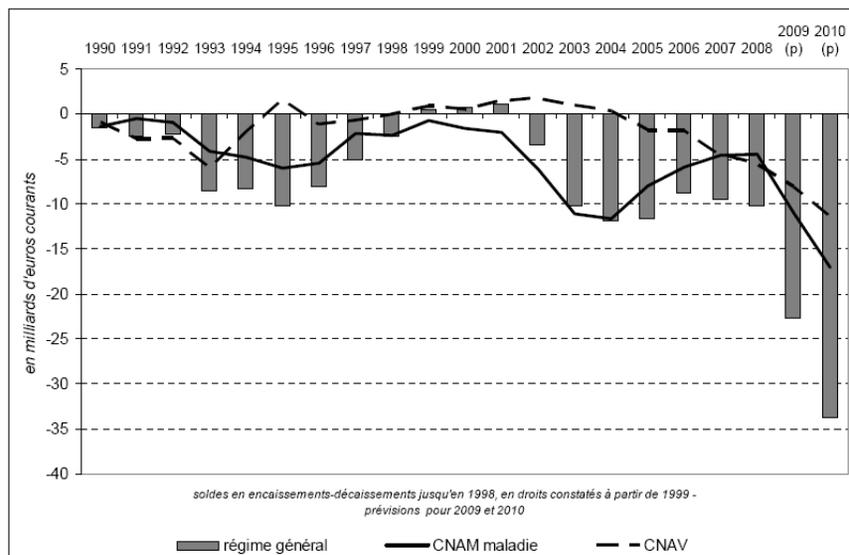
B.– 2010 : DES PRÉVISIONS FINANCIÈRES ALARMANTES

1.– Un déficit qui atteint des niveaux historiques

Les chiffres publiés par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2009 présentent des niveaux de déficits inégalés par le passé : ceux-ci seraient de 33,6 milliards d'euros pour le régime général et de 38,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base en 2010, en l'absence de mesures correctrices prises dans le cadre du présent projet. Les comptes du FSV accuseraient également une détérioration notoire, puisque son déficit pourrait atteindre 4,5 milliards d'euros en 2010.

Le graphique suivant illustre l'évolution du solde du régime général depuis 1990.

Soldes du régime général, de la CNAM maladie et de la CNAV sur la période 1990-2009



Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2009

Le creusement du déficit serait principalement lié à la poursuite du recul de la masse salariale, à hauteur de 0,4 %, certes sensiblement moins important qu'en 2009. Une nouvelle diminution, de l'ordre de 0,3 %, des produits sur les revenus d'activité serait donc enregistrée, alors que la dynamique des dépenses resterait importante, avec une progression « spontanée » des prestations servies par le régime général de 4 %. Or, les revenus d'activité constituent plus de la moitié de l'assiette des recettes du régime général. Ce nouveau recul de la masse salariale pourrait occasionner une perte de recettes supplémentaire pour le régime général de l'ordre de 9 milliards d'euros environ en 2010.

Le tableau suivant retrace l'évolution des comptes des régimes de base de sécurité sociale et des fonds de financement depuis 2007.

ÉVOLUTION DU SOLDE DES RÉGIMES DE BASE ET DES FONDS DEPUIS 2007

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009 (p)	2010 (p)
Régime général	-9,5	-10,2	-22,7	-33,6
dont branche maladie	-4,6	-4,4	-11	-17,1
dont branche AT-MP	-0,5	0,2	-0,6	-0,8
dont branche vieillesse	-4,6	-5,6	-8,1	-11,3
dont branche famille	0,2	-0,3	-3	-4,4
Autres régimes de base	-1,8	-1,9	-0,8	-1,3
Ensemble des régimes de base	-11,3	-12	-23,4	-34,9
FSV	0,2	0,8	-3	-3,9
Ensemble des régimes de base et FSV	-11,1	-11,2	-26,5	-38,8
Régimes de retraite complémentaire	7,9	-2,5	0,3	-1,5

Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2009

Quelle est la part du « déficit de crise » au sein de cette détérioration des comptes ? Elle apparaît prépondérante : en effet, d'après les évaluations menées par la commission des comptes, la part du déficit imputable à la crise serait de 14,6 milliards d'euros en 2009 et de 22,2 milliards d'euros en 2010 pour le régime général.

Le tableau suivant récapitule les hypothèses proposées et les données qui en découlent.

SOLDES STRUCTURELS ET CONJONCTURELS DU RÉGIME GÉNÉRAL AVANT MESURES DU PLFSS
(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010
Hypothèses CCSS				
PIB		0,40 %	-2,25 %	0,75 %
Masse salariale privée		3,6 %	-2,0 %	-0,4 %
ONDAM		3,5 %	3,4 %	4,5 %
Inflation		2,8 %	0,4 %	1,2 %
Soldes effectifs				
CNAM – Maladie	-4,6	-4,4	-11,0	-17,1
CNAM – AT-MP	-0,5	0,2	-0,6	-0,8
CNAV	-4,6	-5,6	-8,1	-11,3
CNAF	0,2	-0,3	-3,0	-4,4
Régime général	-9,5	-10,2	-22,7	-33,6
FSV	0,2	0,8	-3,0	-3,9
Hypothèses tendancielles hors crise				
PIB		2,25 %	2,25 %	2,25 %
Masse salariale privée		4,1 %	4,1 %	4,1 %
ONDAM		3,5 %	3,4 %	4,5 %
Inflation		1,6 %	1,6 %	1,6 %
Soldes structurels				
CNAM – Maladie	-4,6	-3,6	-3,0	-4,8
CNAM – AT-MP	-0,5	0,3	0,1	0,3
CNAV	-4,6	-5,4	-5,5	-7,0
CNAF	0,2	0,3	0,3	0,1
Régime général	-9,5	-8,4	-8,1	-11,4
FSV	0,2	0,4	-1,7	-0,8
Écart soldes effectifs / soldes structurels				
CNAM – Maladie		0,9	8,0	12,3
CNAM – AT-MP		0,0	0,7	1,1
CNAV		0,2	2,6	4,3
CNAF		0,7	3,3	4,5
Régime général		1,7	14,6	22,2

Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2009

La crise économique, par son impact sur l'emploi et les marchés, est donc responsable de 64 % de la dégradation constatée en 2009 ; elle devrait compter pour 66 % du déficit en 2010, et cela, avant prise en compte de l'impact des mesures proposées dans le cadre du présent projet.

Cette évaluation met toutefois en évidence la part non négligeable du déficit structurel dans les comptes du régime général, qui serait d'ailleurs amené à s'accroître en 2010, pour passer de 8,1 à 11,4 milliards d'euros. Le caractère structurel de ce déficit est d'autant plus important que, rappelons-le, la dette constatée au 31 décembre 2008 des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du FSV a été transférée à la CADES l'an passé.

En outre, le cumul des déficits 2009 et 2010 conduit à s'interroger sur les critères de délimitation du déficit structurel et du déficit conjoncturel. Le régime général abordera en effet l'exercice 2010 avec un « passif » d'une vingtaine de milliards d'euros. Ce déficit 2009 constituera bien un déficit conjoncturel hérité, mais on peut légitimement le considérer comme une part désormais structurelle du déficit au sens où l'amélioration de la conjoncture économique et des fondamentaux ne permettra pas de le résorber. Ainsi, la commission des comptes de la sécurité sociale estime que « *seule une hypothèse très élevée de progression de la masse salariale (6,3 % par an) et une progression de l'ONDAM à 3 % par an à partir de 2010 permettraient, sans autre mesure de redressement, de ramener à 20 milliards d'euros le solde du régime général à l'horizon 2013. Pour parvenir à ce niveau de solde, une ou plusieurs opérations de reprises de dettes seraient en outre nécessaires sur la période* ».

La Rapporteuse pour avis rejoint totalement ces considérations, qui ont le mérite de faire ressortir le risque important qu'il y a à faire peser le poids du déficit constaté sur les années suivantes.

2.— Un panorama des principales recettes prévues pour 2010

D'après les données fournies par la commission des comptes de la sécurité sociale, c'est-à-dire avant prise en compte des dispositions du présent projet, les produits du régime général n'augmenteraient que très faiblement en 2010, de l'ordre de 0,7 %. Après la diminution de 0,5 % enregistrée en 2009, ils retrouveraient donc leur niveau de 2008. Les recettes devraient ainsi s'établir autour de 293,7 milliards d'euros. La progression serait légèrement plus favorable pour l'ensemble des régimes de base, à hauteur de 1,3 %, portant les produits nets à 409,7 milliards d'euros.

Les ressources des régimes de base et des fonds de financement sont constituées par quatre grandes catégories de recettes : les cotisations, les impôts et taxes affectés, les prises en charge de cotisation et de prestations par l'État et enfin, les prises en charge de cotisations et prestations par des organismes tiers.

Les cotisations sociales représentent près de la moitié des recettes des régimes de base. Elles devraient avoisiner les 213 milliards d'euros en 2010, en très légère progression, de l'ordre de 0,4 % par rapport à 2009, liée à une décroissance des allègements généraux de charge (dits « Fillon ») plus rapide que celle de la masse salariale. Le régime général enregistre pour sa part une stagnation des recettes tirées des cotisations sociales, estimées à 167,3 milliards d'euros pour 2010.

Deuxième catégorie de recettes par les montants concernés, **les impôts et taxes affectés** aux régimes de base et aux fonds de financement stagneraient eux aussi en 2010, autour de 125,5 milliards d'euros, dont 115,4 milliards d'euros pour les régimes de base.

Parmi ces recettes, figure principalement la CSG, dont le produit global progresserait de 0,6 % en 2010, à hauteur de 82,6 milliards d'euros : l'évolution serait toutefois contrastée, avec un recul de la CSG sur les revenus d'activité, assez logiquement équivalent à celui de la masse salariale (-0,4 %), et une stabilité de la CSG sur les revenus du capital, après la chute de près de 20 % de son rendement enregistrée en 2009, en raison de la baisse importante des plus-values mobilières et immobilières.

Si le rendement de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) diminuera vraisemblablement de 2 % en 2010, en raison des effets de la crise sur le chiffre d'affaires des entreprises, pour un rendement évalué à 4,3 milliards d'euros, en revanche, les deux paniers fiscaux compensant respectivement les exonérations générales de cotisations et les exonérations sur les heures supplémentaires devraient rester excédentaires en 2010, comme c'est déjà le cas en 2009. L'encadré et le tableau suivants explicitent ce dispositif de compensation.

LES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX DE COTISATIONS ET LEUR MODE DE COMPENSATION

La réduction générale des cotisations patronales dite réduction « Fillon »

Depuis le 1^{er} janvier 2006, la compensation des allègements généraux de cotisations par l'État est effectuée par affectation d'un panier de recettes fiscales, dont la composition a été constamment revue, et est aujourd'hui constituée par un ensemble de neuf impôts.

Les allègements de cotisations au titre des heures supplémentaires et complémentaires

Dans le cadre de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 relative au travail, à l'emploi et au pouvoir d'achat, la mise en place des allègements afférents aux heures supplémentaires et complémentaires est allée de pair avec un dispositif de compensation « à l'euro l'euro » par des recettes fiscales affectées.

**ÉVOLUTION DES RECETTES FISCALES AFFECTÉES AUX RÉGIMES DE BASE
POUR LE FINANCEMENT DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX DE COTISATIONS**

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010
Premier « panier fiscal » compensant les exonérations générales de cotisations			
Taxe sur les salaires	10 973	11 029	11 193
Taxes alcools, boissons non alcoolisées	2 493	–	–
Taxes tabacs	4 289	6 702	7 090
Taxes sur les médicaments	3 199	3 286	3 394
Autres ITAF	1 736	1 636	1 650
Rendement total du 1^{er} panier fiscal	22 690	22 653	23 327
Coût des allègements généraux	22 634	22 383	22 125
Deuxième « panier fiscal » compensant les exonérations sur les heures supplémentaires			
TVA brute sur les producteurs d'alcools	2 122	2 014	2 014
Taxe sur les véhicules des sociétés	–	–	–
Droits de consommation sur les tabacs	–	389 ⁽¹⁾	131 ⁽¹⁾
Contribution sociale sur les bénéficiés	943	550	753
Rendement total du 2^{ème} panier fiscal	3 065	2 953	2 898
Coût des exonérations heures supplémentaires	3 026	3 065	2 898

(1) Après corrections opérées respectivement en loi de finances rectificative pour 2009 et dans le cadre du présent projet pour 2010

Source : Annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

S'agissant du panier affecté à la compensation des allègements généraux, il enregistrerait un excédent de l'ordre de 270 millions d'euros en 2009 en raison de la dégradation du marché de l'emploi, qui affecte particulièrement les travailleurs à bas salaires ; le recul des exonérations devrait rester plus fort que celui du panier de compensation en 2010, générant un nouvel excédent de l'ordre de 1,2 milliard d'euros. En revanche, le second panier fiscal pâtira encore en 2010 de l'effondrement des recettes au titre de la contribution sociale sur les bénéficiés des sociétés (CSB), dont le rendement global a été divisé par deux entre 2008 et 2009 : il serait donc « spontanément » déficitaire en 2010, rendant nécessaire l'adoption de mesures pour assurer la compensation à l'euro l'euro. Ainsi, **l'article 13** du présent projet prévoit de réaffecter 1,3 % des droits tabacs, soit 131 millions d'euros, au deuxième panier fiscal pour la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires, en les retirant du panier compensant les allègements généraux, puisque ce premier resterait excédentaire en 2010.

Enfin, les autres recettes fiscales affectées aux régimes de base – essentiellement les droits sur les tabacs et les alcools, la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS), le prélèvement social de 2 % et, depuis 2009, le forfait social sur l'épargne salariale – ont littéralement bondi en 2009, en raison principalement de la nouvelle répartition des droits sur les tabacs et les alcools qui a été opérée en leur faveur. Ainsi, la part des droits de consommation sur les tabacs affectée à la CNAM est passée de 30 à 38,81 %, tandis que le régime des exploitants agricoles se voit attribuer les recettes auparavant affectées au fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), notamment les droits sur les alcools et la taxe sur les véhicules des sociétés (TVS). Ces réaffectations de recettes expliquent que le rendement global des autres impôts et taxes affectés aux régimes de base n'ait pas pâti de la diminution des taxes assises sur les revenus du

capital, en particulier du prélèvement social de 2 % dont le rendement chute de 20 % en 2009. Pour 2010, le produit global de ces impôts et taxes serait stable, avec toutefois un impact négatif plus important pour le régime général (- 3,8 %), en raison de la suppression de la mise à la retraite d'office, qui faisait l'objet jusqu'en 2009 d'une contribution spécifique.

Troisième groupe de recettes pour les organismes de sécurité sociale, les **contributions publiques** se répartissent entre les prises en charge par l'État de cotisations d'une part, et de prestations d'autre part.

Les premières, qui correspondent à la compensation par le budget de l'État des dispositifs d'exonérations ciblées, devraient baisser de 9 % en 2009 et de 2,2 % en 2010. Les exonérations relatives aux contrats de professionnalisation diminuent fortement depuis 2007 en raison du basculement des nouveaux contrats sur les allègements généraux de cotisations. Les exonérations en faveur des contrats d'apprentissage restent quant à elles dynamiques, mais diminueront en 2010 en raison de la modification de la base de calcul de l'exonération, qui passera de 39 à 35 heures. Tandis que les exonérations en faveur de certaines zones géographiques baissent également fortement (notamment pour les zones de revitalisation rurale et pour les zones franches urbaines), les dispositifs plus récents d'exonération poursuivent leur montée en charge : c'est le cas pour les exonérations au titre du statut d'auto-entrepreneur, institué au 1^{er} janvier 2009, dont le montant est multiplié par plus de deux entre 2009 et 2010, et pour les allègements en faveur de l'emploi à domicile, qui doublent également entre 2007 et 2010.

Les secondes correspondent à la compensation par l'État d'un certain nombre de prestations gérées par la sécurité sociale, en l'occurrence l'allocation de parent isolé (API), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), l'allocation supplémentaire au fonds spécial d'invalidité (FSI), mais également la prime de Noël versée chaque année aux bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) et une partie des aides au logement versées par les caisses d'allocations familiales (CAF)⁽¹⁾. Le montant des prestations prises en charge par l'État devrait rester stable, autour de 7 milliards d'euros en 2010.

On rappellera qu'un dernier mode de contribution de l'État passe par les subventions d'équilibre versées au bénéfice de certains régimes spéciaux, essentiellement le régime minier, celui des ouvriers de l'État, des marins, ou encore de la SNCF et de la RATP : ces contributions augmenteraient de près de 9 % en 2010, pour atteindre 6,5 milliards d'euros.

(1) *La prime de Noël et la part des prestations logement à la charge de l'État ne figurent pas dans les comptes de la sécurité sociale, bien qu'elles pèsent sur les comptes de ces régimes à travers les charges financières qui leur sont associées*

Enfin, dernière catégorie de recettes pour la sécurité sociale, **les transferts**, qui s'établiraient à 56,5 milliards d'euros pour 2010, sont de deux ordres : ceux qui proviennent d'organismes tiers et les transferts internes aux régimes de base. Les premiers, qui représenteraient plus de 33 milliards d'euros en 2010, recouvrent principalement :

– la compensation par le FSV aux régimes vieillesse de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs, du remboursement des majorations de pensions de retraite et du minimum vieillesse ;

– et le transfert vers les régimes maladie au titre de la prise en charge par la CNSA des dépenses en faveur des personnes dépendantes.

Les seconds renvoient à une multitude de dispositifs de compensations démographiques, mais également aux transferts liés à l'intégration financière de certains régimes (salariés et exploitants agricoles, industries électriques et gazières), et enfin à la prise en charge de cotisations, par la CNAF pour les bénéficiaires de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) et par la CNAM pour les praticiens et auxiliaires médicaux. Ces transferts internes totaliseraient plus de 26 milliards d'euros en 2010.

II.- AU-DELÀ DU PLFSS, LE DÉFI D'UN REDRESSEMENT DES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'écart creusé entre la dynamique des dépenses d'une part, et la diminution des recettes affectées par une situation macroéconomique défavorable d'autre part, est à l'origine du triplement du niveau des déficits des organismes de sécurité sociale entre 2008 et 2010 : avec 38,8 milliards d'euros de déficit des régimes de base et des fonds de financement, c'est une véritable hypothèque qui pèse désormais sur les prévisions de redressement. Malgré l'adoption de mesures de création de nouvelles recettes et d'un plan d'économies que l'on doit saluer, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 semble toutefois se situer dans une dimension d'ores et déjà dépassée au vu de l'ampleur des déficits : il se fixe en effet un objectif d'amélioration qui est loin d'être à la mesure des enjeux.

Car selon les données fournies par **l'annexe B** au présent projet, l'année 2010 restera bien comme une année noire pour les comptes sociaux : **les déficits devraient en effet atteindre 30,6 milliards d'euros pour le régime général et 31,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base, après intégration des mesures proposées par le PLFSS.**

Le sentiment de disproportion ne peut qu'être renforcé à l'occasion de l'observation des perspectives pluriannuelles présentées par cette même annexe.

A.– UN PLFSS QUI NE SERA PAS À LA HAUTEUR DES ENJEUX

Les mesures de redressement décidées dans le cadre du présent projet devraient permettre de réduire de 3 milliards d’euros le déficit du régime général, pour le ramener à 30,6 milliards d’euros en 2010. Le déficit des régimes de base devrait quant à lui être diminué de 3,4 milliards d’euros grâce aux dispositions du PLFSS. Le FSV sortirait quant à lui fragilisé, avec un coût supplémentaire induit par les mesures prévues de 584 millions d’euros.

1.– De nouvelles recettes quasi exclusivement assurées par la remise en cause de certaines niches sociales

En matière de recettes, les mesures proposées devraient réduire le déficit du régime général de 550 millions d’euros et celui de l’ensemble des régimes de base de 593 millions d’euros en 2010.

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES RECETTES EN 2010

(en millions d’euros)

	Régime général	Tous régimes
Augmentation du « forfait social »	380	380
Suppression de l’exonération dont bénéficient certains contrats d’assurance vie à la succession	172	172
Augmentation de la taxe promotion des dispositifs médicaux	3	3
Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au titre du financement de la lutte contre la pandémie grippale	255	300
Transfert des droits de consommation sur les tabacs au panier TEPA et au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles	- 165	- 167
Non compensation du bonus outre mer	- 95	- 95
Total des mesures	550	593

Source : annexe 9B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

a) Un assujettissement aux prélèvements sociaux qui doit être plus « universel »

La remise en cause de certaines niches sociales prévue par le présent projet de loi devrait accroître les recettes de la sécurité sociale de **678 millions d’euros** en 2010, dont 552 millions d’euros pour le régime général et 46 millions d’euros pour le FSV.

- Sur les revenus salariaux et les contributions en vue de la constitution de certaines retraites :

- **L’article 14** du présent projet prévoit le doublement du taux de la contribution des employeurs au financement des « retraites chapeaux », définie à l’article L. 137-11 du code de la sécurité sociale. Ainsi, ce taux passera de 8 à 16 % pour les rentes liquidées, de 6 à 12 % pour les primes versées à un organisme assureur, et enfin, de 12 à 24 % sur les dotations aux provisions constituées pour un régime géré en interne. Cette mesure devrait rapporter **25 millions d’euros**, et son rendement sera affecté au FSV, comme c’est déjà le cas pour la contribution actuelle.

– **L'article 15** du présent projet majore de deux points le « forfait social » mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 afin de faire contribuer au financement de la protection sociale les sommes versées au titre de la participation, de l'intéressement, les abondements de l'employeur aux plans d'épargne entreprise, inter-entreprise et aux plans d'épargne pour la retraite collective, ainsi que les contributions patronales de retraite supplémentaire. Ces dispositifs sont en effet exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale. Le relèvement du taux de la contribution de 2 à 4 % devrait générer une recette supplémentaire de **380 millions d'euros pour l'assurance maladie du régime général**.

- Sur les revenus du capital :

Le tableau suivant retrace la décomposition des prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

DÉCOMPOSITION DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX SUR LES REVENUS DU CAPITAL

<i>Contribution sociale généralisée (CSG) : 8,2 %</i>
<i>Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) : 0,5 %</i>
<i>Prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital</i>
<i>Contribution de solidarité pour l'autonomie : 0,3 % (à destination de la CNSA)</i>
<i>Taxe additionnelle de 1,1 % pour le financement du RSA</i>
<i>Total des prélèvements sociaux sur les revenus du capital : 12,1 %</i>

– **L'article 16** du présent projet procède à l'assujettissement aux prélèvements sociaux au premier euro des plus-values de cessions de valeurs mobilières et de droits sociaux, auparavant exonérés en dessous du seuil de 25 730 euros. Ces revenus du patrimoine seront donc soumis aux prélèvements de 12,1 % pour les cessions réalisées à partir du 1^{er} janvier 2010. Cette mesure n'aura donc d'impact financier qu'à partir de 2011, et le rendement qui en est attendu s'établit à **113 millions d'euros**.

On ne peut qu'approuver cette démarche, qui s'inscrit dans la continuité de l'effort de remise à plat des « niches sociales », démarche qui doit toutefois être poussée à son terme : c'est pourquoi la Rapporteuse pour avis, s'associant au Rapporteur général de la commission des Finances, souhaiterait approfondir par un amendement la mesure proposée par **l'article 16**, pour soumettre également aux prélèvements sociaux au premier euro les plus-values immobilières et les plus-values professionnelles portant sur des immeubles, qui bénéficient d'un abattement de 10 % à compter de la sixième année. L'amendement proposé vise également à prévoir que ces mêmes plus-values seront incluses pour leur montant net soumis à CSG dans les revenus pris en compte pour le calcul du droit à restitution dans le cadre du bouclier fiscal.

– Enfin, **l’article 17** du présent projet prévoit d’assujettir aux prélèvements sociaux les contrats d’assurance vie en unités de compte, y compris les contrats multi-supports, lors du décès du souscripteur. Cette mesure permettrait de réaliser une recette supplémentaire de l’ordre de **272 millions d’euros, dont 172 millions d’euros pour le régime général.**

La Rapporteuse pour avis tient à faire part de son attachement à cet effort de limitation des « niches sociales », qui est indispensable pour consolider l’assiette des recettes de la sécurité sociale, dans l’esprit qui a présidé à l’institution de la CSG, conçue pour répartir les prélèvements sociaux sur tous les types de revenus. Il montre qu’il est nécessaire de dissocier une dépense fiscale et son pendant dans le domaine social. Les dépenses fiscales poursuivent en effet une finalité précise dans le champ de l’impôt et répondent à une logique propre, qui ne doit pas être automatiquement étendue au champ des prélèvements sociaux.

b) Les autres mesures de recettes

Outre ces dispositions relatives aux niches sociales, plusieurs mesures complémentaires sont destinées à générer de nouvelles recettes.

– En premier lieu, **l’article 12** du présent projet opère d’une part un élargissement de l’assiette de la taxe sur les activités de promotion des dispositifs médicaux – dont le produit est affecté à l’assurance maladie – aux dispositifs du titre II qui en étaient jusqu’alors exclus et augmente d’autre part le taux de cette contribution pour la porter de 10 à 15 % afin de le rapprocher du taux de la taxe sur la promotion des médicaments. Les nouveaux dispositifs assujettis à la taxe concernent notamment l’optique et les audioprothèses. Le rendement de cette taxe pour 2010 devrait ainsi passer de 18 millions d’euros à 25,4 millions d’euros. Une fraction de 35 % de son produit sera affectée à la Haute autorité de santé (HAS). Cette mesure serait donc quasiment neutre pour l’assurance maladie, puisque seuls 3 millions d’euros supplémentaires sont prévus à ce titre pour les régimes de sécurité sociale en 2010.

– En second lieu, **l’article 10** du présent projet constitue une mesure exceptionnelle prise au titre du seul exercice 2010, et qui vise à assurer la participation des organismes d’assurance complémentaire en santé au financement de la campagne de vaccination contre le risque de pandémie de grippe A/H1N1. En effet, avec l’achat par l’État de 94 millions de doses de vaccin et la préfiguration d’une campagne de vaccination massive de la population, il ne sera pas possible d’assurer automatiquement la prise en charge du ticket modérateur par les organismes complémentaires. C’est pourquoi il sera demandé à ces derniers d’apporter un concours financier exceptionnel qui passe par la mise en place d’une contribution de 0,94 % sur leur chiffre d’affaires : son rendement serait de 300 millions d’euros au total, dont 255 millions d’euros pour le régime général. Dans la mesure où cette participation est destinée à couvrir les frais avancés en 2009 par l’assurance maladie pour le paiement global des dépenses de prévention, son impact sur les comptes et donc, sur le déficit de la sécurité sociale, doit être relativisé.

On signalera enfin que deux mesures prises dans le cadre du présent projet vont en revanche générer une moindre recette pour la sécurité sociale.

– **L'article 13** du présent projet procède à une réaffectation des droits tabacs : l'opération est double, puisqu'elle consiste d'une part à affecter une part supplémentaire de ces droits au régime de retraite complémentaire obligatoire des exploitants agricoles, afin de financer le droit à réversion des veuves des pensionnés exploitants pour les retraites liquidées avant le 1^{er} janvier 2003, pour un montant de 37 millions d'euros, et d'autre part, à réaffecter une partie de l'excédent que devrait dégager en 2010 le panier de recettes fiscales sur les allègements généraux pour le réaffecter au panier de recettes fiscales destinées à compenser les exonérations sur les heures supplémentaires, qui devrait quant à lui être déficitaire de 130 millions d'euros en 2010. Si ces transferts de droits représentent donc bien une moindre recette au titre du panier « Fillon », on peut toutefois les considérer comme étant globalement neutres pour le financement de la sécurité sociale.

– Enfin, aux termes de **l'article 19** du présent projet, la non compensation de la prime exceptionnelle dans les outre-mer, versée par les employeurs aux salariés dans la limite de 1 500 euros, telle qu'instituée par la loi du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer, devrait conduire à une perte de recettes pour la sécurité sociale de 95 millions d'euros en 2010. Il s'agit certes d'une mesure temporaire, limitée à trois ans, et qui concerne une prime qu'on ne peut rabattre sur un élément de rémunération de droit commun : **il est toutefois permis de s'étonner de la non compensation par l'État d'un dispositif exceptionnel qu'il a lui-même initié et dont il fait peser indirectement la charge sur la sécurité sociale, par l'institution d'une nouvelle, quoique transitoire, niche sociale.**

2.– La poursuite de l'effort de maîtrise des dépenses

Le présent projet inclut un certain nombre de mesures d'économies, présentées par le tableau suivant, qui totaliseraient **2,85 milliards d'euros pour les régimes de base, dont 2,48 milliards d'euros pour le régime général** ⁽¹⁾.

(1) Ces mesures seront détaillées dans la partie du présent rapport consacrée aux dépenses de chaque branche.

**IMPACT DES MESURES NOUVELLES 2010 EN DÉPENSES
SUR LES COMPTES 2010 DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DE TOUS LES RÉGIMES**

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures sur les dépenses d'assurance maladie	1 836	2 198
Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2010	1 844	2 211
Économies sur biologistes et radiologues	200	240
Maîtrise médicalisée hors produits de santé (IJ, actes, paramédicaux, plan transports, ALD)	325	390
Maîtrise médicalisée produits de santé	167	200
Baisses de prix ciblées de médicaments et de dispositifs médicaux	250	300
Baisses de prix génériques	83	100
Économies sur médicaments à 35 % (SMR faible et SMRI à 15 %)	121	145
Lutte contre la fraude	125	150
Économies sur les dépenses d'IJ hors maîtrise médicalisée et lutte contre les fraudes	92	110
Convergence tarifaire établissements de santé	125	150
Augmentation du forfait journalier hospitalier	130	156
Générication de médicaments en sus de la tendance	167	200
Baisse de la contribution des établissements au Centre national de gestion	25	30
Gestion des tarifs de la liste en sus	33	40
Mesures hors ONDAM	-8	-13
Diminution de la dotation à l'ONIAM	42	47
Provision pour le financement de l'ANAP et de l'ASIP	-50	-60
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque famille	27	27
Prise en charge, par l'État, d'une fraction des pertes sur créances d'indus au titre de prestations nouvellement comptabilisées en comptes de tiers	20	20
Ouverture du prêt à l'aide à l'habitat aux assistants maternels	0	0
Amélioration de la détection des logements fictifs ouvrant droit aux aides au logement et autres mesures de lutte contre la fraude	7	7
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque ATMP	-5	-5
Réforme des incitations financières	-5	-5
Mesures nouvelles en dépenses pour le risque vieillesse	622	634
Cumul emploi invalidité	4	4
Transfert au FSV du financement des validations gratuites des périodes d'arrêt maladie, maternité, invalidité	618	630

Source : Annexe 9B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

La part prépondérante de ces économies incombe à l'assurance maladie : en effet, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) devra être contenu à 3 % en 2010, ce qui correspond à une contraction très forte au regard de l'augmentation « spontanée » des dépenses d'assurance maladie, estimée à 4,4 %. Cet objectif témoigne de la poursuite de l'effort de maîtrise des dépenses, qui a été déjà couronné de succès en 2009, avec un dépassement limité à environ 300 millions d'euros. Dans la continuité de cet effort, le présent projet avance une série de mesures destinées à réaliser une économie correspondante de 2,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base, dont 1,84 milliard d'euros pour le seul régime général.

Les prévisions pluriannuelles annexées au présent projet confirment ce volontarisme : en effet, la progression de l'ONDAM serait limitée à 3 % par an entre 2010 et 2013, ce qui nécessite de réaliser chaque année environ 2,3 milliards d'euros d'économies nouvelles par rapport à la progression naturelle des dépenses.

Ces mesures d'économies sont complétées :

– au titre de la branche famille, par une économie de 27 milliards d'euros, qui devrait être réalisée par la prise en charge par l'État d'une fraction des pertes sur créances d'indus au titre de prestations qui seront nouvellement comptabilisées en comptes de tiers, et par une amélioration de la lutte contre la fraude en matière d'aide au logement ;

– au titre de la branche vieillesse, par **l'article 40** du présent projet, qui prévoit de confier au FSV le financement des validations gratuites de trimestres accordées au titre des périodes d'arrêt de travail du fait de la maladie, de la maternité, des accidents du travail ou des maladies professionnelles, et de l'invalidité : ce transfert s'effectuera sur deux ans et devrait générer à terme une économie de 1,26 milliard d'euros. Celle-ci s'établirait donc à 630 millions d'euros au total en 2010, dont 610 millions d'euros pour la CNAV. Si cette mesure va dans le sens d'une clarification du financement des avantages non contributifs de retraite, il convient de rappeler que son impact est *in fine* neutre, transférant simplement la charge de ce financement sur le FSV. Par ailleurs, l'amélioration des modalités du cumul emploi-retraite prévue par **l'article 39** du présent projet conduirait à une économie complémentaire de 4 millions d'euros.

On notera enfin que la réforme des incitations financières pour le développement de la prévention des risques professionnels dans les petites entreprises (**article 42** du présent projet) devrait priver la branche AT-MP de 5 millions d'euros en 2010.

3.– Les prévisions pluriannuelles du PLFSS : pas de redressement à l'horizon

D'après les prévisions pluriannuelles figurant à **l'annexe B** du présent projet, **le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale s'élèverait à 31,5 milliards d'euros en 2010, dont 30,6 milliards d'euros pour le seul régime général, après intégration de l'impact financier des mesures du PLFSS.** À horizon 2013, celui-ci devrait s'établir à 30,3 milliards d'euros, dont 29,2 milliards d'euros pour le régime général, comme le montre le tableau suivant.

SOLDE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Branche maladie	-4,6	-4,4	-11,5	-14,6	-13,7	-12,5	-11,6
Branche AT-MP	-0,5	0,2	-0,6	-0,8	-0,5	-0,2	0
Branche famille	0,2	-0,3	-3,1	-4,4	-4,3	-3,7	-3,1
Branche vieillesse	-4,6	-5,6	-8,2	-10,7	-11,6	-13	-14,5
Solde total	-9,5	-10,2	-23,5	-30,6	-30,1	-29,4	-29,2

Source : annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

SOLDE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Branche maladie	-5	-4,1	-11,6	-14,2	-13,7	-12,5	-11,6
Branche AT-MP	-0,4	0,2	-0,5	-0,7	-0,4	-0,1	0,2
Branche famille	0,2	-0,3	-3,1	-4,4	-4,3	-3,7	-3,1
Branche vieillesse	-3,9	-5,6	-9,5	-12,2	-13	-14,3	-15,7
Solde total	-9,1	-9,7	-24,7	-31,5	-31,4	-30,6	-30,3

Source : annexe B au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

Ces prévisions reposent, pour 2010, sur les hypothèses déjà évoquées, et pour la période 2011-2013, sur une croissance du PIB de 2,5 % par an, une inflation de 1,75 % par an, une évolution de la masse salariale privée de 5 % par an et une progression de l'ONDAM de 3 % par an.

Ces données permettent donc d'observer que **la dynamique de la croissance de l'économie ne suffira pas pour envisager un redressement du système**. Sur la base des hypothèses retenues, le fameux « trou » de la sécurité sociale continuerait de se creuser, à raison d'un déficit de 30 milliards d'euros chaque année entre 2011 et 2013. Ainsi, en l'absence de schéma de traitement de la dette, les frais financiers pesant sur le régime général pourraient atteindre 3 milliards d'euros à l'horizon 2013.

Il est en outre permis de juger optimistes ces hypothèses macroéconomiques. En effet, comme le montre le graphique en page 11 du présent rapport, la progression de la masse salariale s'établissait en 2007 autour de 4,8 % avant le déclenchement de la crise financière à mi-année, niveau maximal atteint depuis les années 2000-2001. De la même manière, la croissance du PIB a atteint un niveau de 2,2 % en 2006 et de 2,3 % 2007, elle n'a été que de 0,4 % en 2008 et pourrait reculer de 2,25 % en 2009 avant de retrouver une croissance positive, de l'ordre de 0,75 % en 2010. Il faudrait donc parier sur un rebond massif et continu de la masse salariale sur la période conjugué à une reprise rapide et ininterrompue de la croissance économique pour enregistrer une telle évolution des comptes de la sécurité sociale. En l'absence d'une reprise de cette ampleur, les déficits seraient donc bien supérieurs à 30 milliards d'euros par an entre 2011 et 2013.

B.– UNE SITUATION DONT LA GRAVITÉ EXIGE D'AGIR SANS ATTENDRE

1.– Des mesures qui ne permettront pas de limiter l'ampleur du découvert de trésorerie de l'ACOSS en l'absence de réouverture de la CADES

Dans un contexte de baisse subite des recettes liée à la crise, l'écart d'évolution entre les encaissements et les tirages de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui gère les besoins de financement du régime général, se creusent fortement en 2009 : alors que le rythme de croissance des tirages demeure élevé, à hauteur de 4,7 %, les encaissements diminuent pour leur part de 0,5 %. L'explosion des déficits du régime général en 2009 a ainsi conduit le Gouvernement à relever par décret le plafond d'emprunt de trésorerie de l'ACOSS pour le porter de 18,9 à 29 milliards d'euros. Ce nouveau plafond devrait ainsi permettre à l'ACOSS de faire face à un point bas de trésorerie de 26,3 milliards d'euros au 31 décembre 2009.

Pour financer ses besoins de trésorerie, l'ACOSS dispose de deux instruments : le recours aux avances consenties par la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et l'appel au marché monétaire, par le biais de l'émission de billets de trésorerie. L'année 2009 a ainsi été marquée par un recours accru au marché monétaire en raison d'une dégradation plus importante que prévue du profil de trésorerie de l'agence : l'encours moyen de billets de trésorerie se situerait donc autour de 2,8 milliards d'euros, au taux moyen de EONIA + 1,5 pdb. Par ailleurs, la révision par la Caisse des dépôts de ses conditions tarifaires se traduira par un surcoût sur la fin de l'année. La Caisse a toutefois ouvert une facilité exceptionnelle de trésorerie de 2,5 milliards d'euros pour permettre à l'agence de boucler son financement de fin d'année.

LA RENÉGOCIATION DES CONDITIONS TARIFAIRES DES AVANCES CONSENTIES PAR LA CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS

Les relations entre l'ACOSS et son partenaire financier historique, la Caisse des dépôts et consignations (CDC), sont régies par une convention pluriannuelle, actuellement en cours de renégociation. La dernière convention signée pour la période 2006-2010 fixait les conditions suivantes :

- Le coût lié à la tenue de compte est facturé 3,8 millions d'euros par an ;
- Le financement des besoins de l'ACOSS est assuré par cinq types d'avances :

CONDITIONS DE FINANCEMENT DES DÉFICITS DE L'ACOSS

	1 ^{re} convention (16 oct. 2001 -30 sept. 2006)	2 ^e convention (depuis 1 ^{er} oct. 2006)
Avances mobilisables à 24 h. entre 0 et 3 Md€ entre 3 Md€ et plafond	Eonia + 0,165 % Eonia + 0,215 %	Eonia + 0,15 % Eonia + 0,15 %
Avances Prédéterminées de 7 à 13 jours de 14 à 29 jours au-delà de 30 jours	– Eonia + 0,10 % Eonia + 0,05 %	Eonia + 0,115 % Eonia + 0,10 % Eonia + 0,05 %

Source : Acoss

– En contrepartie de ces avantages, l'ACOSS transmet chaque mois à la Caisse des dépôts ses besoins de financement prévisionnels sur trois mois, qu'elle s'engage à respecter dans le cadre d'un tunnel de prévisions, sous peine de pénalités.

Pour 2008, la Caisse des dépôts a averti l'ACOSS qu'elle ne s'engagerait à financer les avances aux taux indiqués que jusqu'à 25 milliards d'euros ; au-delà, le prix des avances était fixé sur le taux EURIBOR 2 mois. Pour 2009, une renégociation s'est révélée nécessaire au regard du contexte financier. Un nouvel avenant, applicable depuis le 21 septembre 2009 :

– fixe des conditions tarifaires spécifiques en cas de circonstances « exceptionnelles » de marché et prévoit une progressivité des prix en fonction des volumes ;

– transforme la demande de plafond annuel de l'ACOSS en plafonds trimestriels révisables ;

– resserre les tunnels de prévisions à trois mois et augmente les pénalités en cas de dépassement ;

– prévoit le paiement par l'ACOSS d'une commission de non utilisation si l'agence ne mobilise pas au moins l'enveloppe diminuée d'un milliard d'euros ;

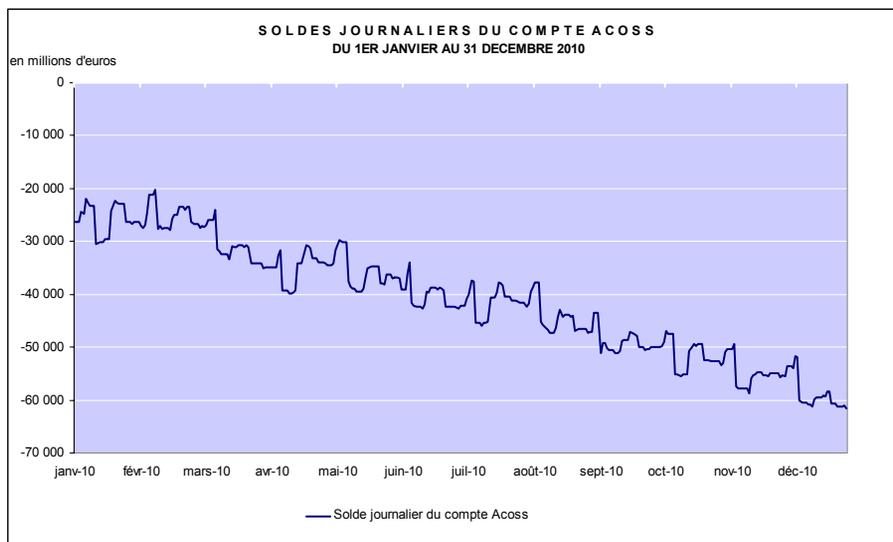
– et autorise en contrepartie l'agence à émettre des billets de trésorerie au-delà des encours prévisionnels sans préavis.

Au total, dans un contexte de taux d'intérêts très bas, les charges financières resteraient néanmoins limitées en 2009 à 120 millions d'euros (contre 839 millions d'euros en 2008).

Les conditions de financement des besoins de trésorerie de l'ACOSS avaient déjà suscité des interrogations l'an passé, au vu des incertitudes pesant sur le niveau du plafond d'emprunt qui avait été initialement fixé : cette situation très difficile pour l'agence a pu être gérée grâce à des conditions de marché particulièrement favorables aux emprunteurs en 2009.

Pour 2010, le choix opéré par le Gouvernement de ne pas rouvrir la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait avoir un impact considérable sur les modalités de gestion de trésorerie de l'ACOSS. Ainsi, ses besoins de financement atteindront en 2010 un niveau historique, entériné par **l'article 27** du présent projet, qui fixe le plafond d'emprunt de l'agence à 65 milliards d'euros, en tenant compte d'une variation de trésorerie de – 35,3 milliards d'euros et d'un solde au 31 décembre 2010 à – 61,6 milliards d'euros. Pour faire face à de tels besoins, l'ACOSS aura recours aux avances de la Caisse des dépôts et devrait procéder à une importante montée en charge de ses émissions de billets de trésorerie. En complément de ses instruments classiques de financement, l'agence recourra à des émissions complémentaires sur les marchés de court terme, avec l'appui technique de l'Agence France Trésor (AFT).

Le graphique suivant retrace le profil de trésorerie prévisionnel de l'ACOSS pour 2010.



Source : annexe 9 A au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

La Rapporteuse pour avis tient à faire part de ses inquiétudes quant à la soutenabilité d'un tel niveau de besoin de financement. Le choix qui est fait de faire peser la charge des déficits cumulés sur la trésorerie de l'ACOSS expose cette dernière à des risques majeurs.

Première difficulté : ce plafond sera-t-il suffisant ? Au regard de l'évolution suivie en 2009, de fortes incertitudes demeurent : le PLFSS table sur l'hypothèse d'un nouveau recul de la masse salariale de 0,4 %, qui représenterait une perte de recettes supplémentaires de l'ordre de 8 milliards d'euros pour le régime général. Si la marge de 3,4 milliards d'euros retenue entre le point bas prévisionnel et le plafond est supérieur en valeur absolue aux marges des années précédentes, elle apparaît assez conforme en valeur relative aux montants des besoins : dès lors, toute diminution de la masse salariale supérieure aux prévisions conduirait nécessairement à un relèvement en cours d'année du plafond d'emprunt de l'ACOSS, comme ce fut le cas en 2009.

Deuxième difficulté : ces besoins de financement sont-ils soutenables ? La question se pose dès lors que l'ACOSS sera amenée à transformer profondément les modalités de gestion de sa trésorerie et qu'un certain nombre d'inconnues subsistent.

– Il s'agit en premier lieu des modalités de financement consenties par la Caisse des dépôts : celle-ci maintient son refus d'appliquer ses conditions tarifaires avantageuses au-delà de 25 milliards d'euros et a également fait savoir

qu'elle ne consentirait pas d'avances à l'ACOSS au-delà de 31 milliards d'euros. Une discussion est actuellement en cours pour convenir d'un nouveau système de tarification, qui pourrait prendre la forme d'un engagement de la Caisse des dépôts sur un emprunt socle de l'ordre de 20 milliards d'euros pour toute l'année 2010. Le montant de fonds disponibles dans le cadre de la convention serait réduit à 11 milliards d'euros, dont le tarif est actuellement de EONIA + 24 points de base pour les 10 premiers milliards et EONIA + 35 points de base pour le dernier milliard. La Rapporteuse pour avis rappelle qu'il convient en tout état de cause que le Parlement soit tenu informé de manière assez précise de la teneur finale de cet accord et ne manquera pas d'interroger le Gouvernement sur ce sujet.

– Il s'agit en second lieu des modalités du recours aux marchés pour le financement des besoins supplémentaires : l'ACOSS a en effet, depuis 2007, l'autorisation d'émettre des billets de trésorerie. Si son programme d'émission a été perturbé en 2007 par la crise financière, il a notamment été utilisé fin 2007 dans le cadre de l'opération d'apurement de la dette de l'État : à cette occasion, les agences de notation ont attribué leurs meilleures notes au programme de l'ACOSS. En 2008 et 2009, l'encours moyen de billets de trésorerie émis par l'ACOSS se situe autour de 2,8 milliards d'euros. Or, avec l'explosion de ses besoins de financement en 2010, l'agence procédera à une importante montée en charge de son programme de billets de trésorerie. Comme a pu le souligner la Cour des comptes dans son rapport remis au Parlement sur la gestion de trésorerie des organismes de sécurité sociale déjà cité, le marché français des billets de trésorerie est d'une profondeur limitée, son encours total étant estimé entre quarante et une soixantaine de milliards d'euros. L'ACOSS serait donc susceptible d'accroître encore sa part sur ce marché, à hauteur de 10 à 12 milliards d'euros, au regard de l'avantage que représentent toujours les signatures publiques sur ces marchés. Une telle montée en charge suppose toutefois un renforcement important de cette fonction au sein même de l'agence, tant en moyens humains qu'en termes de logistique. Le recours à une troisième agence de notation devrait également être envisagé. Or, toute la question est de savoir si l'ACOSS a vocation à développer durablement de telles modalités de financement de ses besoins de trésorerie : il est permis d'en douter.

– Enfin, un recours plus important aux billets de trésorerie restera insuffisant à couvrir la totalité des besoins pour 2010 : il est donc prévu de construire de nouveaux programmes d'émission sur d'autres marchés, cette fois à l'échelle européenne, en particulier sur l'*Euro Commercial Paper* (ECP) londonien, dont les encours sont beaucoup plus importants que le marché français des billets de trésorerie. N'étant pas outillée pour ce type d'émission, l'ACOSS bénéficiera donc pour le financement de ses besoins complémentaires du support de l'Agence France Trésor (AFT), qui lui servira pour ce faire de prestataire de service sur le plan technique. Le recours au support de l'AFT suffit à montrer qu'avec un tel niveau de besoins de financement, les limites de l'exercice sont atteintes.

Une telle situation ne saurait perdurer en 2011 et une solution devra bien être trouvée pour assurer le financement des déficits cumulés du régime général.

Troisième difficulté : le risque de taux. Comme il a déjà été dit, la viabilité de la gestion de trésorerie pour l'exercice 2009 a été permise par un contexte macroéconomique particulièrement favorable aux emprunteurs, et en particulier aux signatures publiques. Le taux EONIA est en effet passé de 2,22 % au début 2009 à 0,35 % au mois d'octobre 2009. Une telle situation n'est vraisemblablement pas amenée à perdurer en 2010 : or, une remontée des taux d'intérêt alourdirait de façon conséquente les charges financières de l'ACOSS, en particulier au regard de la nécessité d'un recours accru au marché monétaire. Dans le rapport déjà cité, la Cour des comptes rappelle l'expérience de 2007, qui a vu une remontée des taux d'intérêt renchérir sensiblement le coût de refinancement de l'agence⁽¹⁾. Ainsi, en 2010, dans l'hypothèse d'une remontée des taux, les frais financiers de l'ACOSS pourraient de nouveau approcher 600 millions d'euros.

Au vu de ces diverses préoccupations, la recherche d'une amélioration des conditions de gestion de la trésorerie du régime général doit être privilégiée : l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a ainsi prévu que *« les régimes obligatoires de base autres que le régime général (...) peuvent déposer, contre rémunération, tout ou partie de leurs disponibilités auprès de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale »*. Il s'agit donc de favoriser une meilleure mutualisation de la trésorerie des différents régimes, et en particulier, de permettre la mobilisation d'un certain nombre de **« poches de trésorerie dormante »** existantes, afin de réduire le coût global de financement de la trésorerie de la sécurité sociale. Comme le souligne la Cour des comptes dans le rapport déjà cité, *« la constitution de réserves placées sur des supports de trésorerie ne peut pas être considérée comme satisfaisante. En effet, il n'est pas optimal de gérer sur une base de court terme, avec un rendement légèrement inférieur à l'EONIA, des ressources dont l'utilisation n'interviendra qu'à moyen terme »*.

Cette possibilité de placer des excédents de trésorerie en billets ACOSS a notamment été utilisée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à hauteur d'environ 500 millions d'euros. Elle gagnerait toutefois à être encore davantage mobilisée : afin de favoriser une telle mutualisation, **la Rapporteuse pour avis propose, dans le cadre du présent projet de loi (amendement n° 89), la création d'un comité de la gestion de trésorerie de la sécurité sociale**, dont le pilotage serait assuré par la direction de la sécurité sociale, dont le secrétariat incomberait à l'ACOSS, et qui réunirait l'ensemble des acteurs concernés dans le champ des régimes de base et des fonds de financement.

(1) En 2007, le taux EONIA moyen enregistré a été de 102 points de base supérieur à celui de 2006 (3,86 % contre 2,84 %) : les charges financières pour l'ACOSS sont alors passées de 271 millions d'euros en 2006 à 648 millions d'euros en 2007.

La mise en place d'une telle cellule apparaît en effet indispensable, afin d'identifier au préalable les excédents existants et envisager les éventuelles modalités techniques de leur placement auprès de l'ACOSS. Une véritable cartographie de la situation des trésoreries des régimes n'est en effet à l'heure actuelle pas établie.

Toutefois, il est clair que la mobilisation des excédents éventuellement existants dans d'autres régimes ne règlera pas le problème du financement des besoins de trésorerie du régime général : tout au plus serait-il possible de réunir un ou deux milliards d'euros.

Dès lors, à partir du moment où le retour de la croissance ne permettra pas une résorption du déficit du régime général, la recherche de recettes nouvelles ne peut être exclue, et cela sans attendre la fin de l'exercice 2010 et le constat d'une trésorerie qui pourrait ployer sous la charge qui pèse sur elle.

2.- Des mesures qui doivent être prises sans attendre pour faire face à la croissance mécanique de la dette sociale

La CADES a repris, par trois versements successifs effectués entre décembre 2008 et mars 2009, les déficits cumulés au 31 décembre 2008, des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du fonds de solidarité vieillesse (FSV), à hauteur de 27 milliards d'euros – 13,9 milliards d'euros au titre de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), 9,1 milliards d'euros au titre de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et 4 milliards d'euros du FSV. Conformément à la loi organique du 2 août 2005, une fraction de 0,2 point de CSG en provenance du FSV a été transférée à la CADES afin de ne pas allonger la durée d'amortissement de la dette sociale. Cette reprise a porté le montant total des dettes transférées à la CADES depuis sa création en 1996 à 134,6 milliards d'euros. Le tableau suivant retrace les différentes opérations de transfert qui ont été menées.

REPRISES DE DETTES PAR LA CADES DEPUIS L'ORIGINE

(en milliards d'euros)

	1996	1998	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Régime général	20,89	13,26		35	8,3 -1,69	6 -0,3	-0,06	8,7	14,3	104,4
FSV								1,3	2,7	4
État	23,38									23,38
CANAM	0,46									0,46
Champ FOREC			1,28	1,1						2,38
Total	44,73	13,26	1,28	36,1	6,81	5,7	-0,06	10	17	134,61

Source : commission des comptes de la sécurité sociale

Afin de financer et éteindre la dette sociale, la CADES contracte des emprunts sur les marchés financiers, en recourant à une grande variété d'instruments de financement, qu'elle rembourse progressivement au moyen de ressources affectées : la CRDS, spécialement créée à cette fin et qui lui est

exclusivement réservée et depuis 2009, 0,2 point de CSG, auparavant affecté au FSV. Les recettes de la CADES pour 2009 devraient s'établir à 8 milliards d'euros, contre 8,3 milliards d'euros initialement attendus : toutefois, avec l'écroulement des taux courts, la Caisse a pu observer un tassement de ses frais financiers, qui lui aura finalement permis de rectifier son programme d'amortissement pour le porter de 4 à 5 milliards d'euros en 2009.

Au 30 juin 2009, la dette amortie a franchi la barre de 40 milliards d'euros, le niveau de la dette restant à amortir devant ainsi s'élever à 92 milliards d'euros à la fin 2009. Les dernières prévisions de la Caisse semblent confirmer que l'horizon d'amortissement de la dette (2021) n'a pas été affecté par les derniers transferts intervenus, comme l'indique le graphique suivant.

DETTE VOTÉE, REPRIS E ET AMORTIE ET SITUATION NETTE DE LA CADES



Source : Caisse d'amortissement de la dette sociale

Pour 2010, l'objectif d'amortissement de la dette sociale est fixé par l'article 25 du présent projet à 5 milliards d'euros : les recettes de CSG et de CRDS devraient rester stables, mais dans l'hypothèse d'une remontée des taux courts, le programme d'amortissement pourrait se révéler plus difficile à boucler qu'en 2009. Tout dépendra en réalité du rythme de relèvement des taux qui sera décidé par les banques centrales.

Le présent projet ne peut toutefois en rester aux seules prévisions 2010 : le caractère très détérioré de la situation oblige à envisager les mesures qui devront être prises pour 2011, notamment au regard des prévisions présentées par l'annexe B du présent projet. Plus encore, une analyse rapide des projections pluriannuelles suffit à dresser le constat de l'urgence d'agir dès maintenant et de ne pas reporter à fin 2010 les décisions.

Les déficits cumulés du régime général et du FSV en 2009 et 2010 s'élèveraient à 61,6 milliards d'euros à la fin de l'année 2010 : **l'hypothèse d'un transfert à la CADES, – qui, il faut le répéter, sera inévitable –, porterait la dette votée par le Parlement à 200 milliards d'euros.** Le tarif de cette reprise supposerait d'augmenter de 5 points la CRDS, ce qui représenterait un doublement de son taux actuel, pour le porter de 0,5 à 1 %.

Le profil d'amortissement de la CADES est emblématique du coût de l'attente : en effet, l'échéance d'amortissement étant fixé à 2021, plus la reprise se fera tard, plus le tarif de cette reprise sera important. Les calculs effectués par la CADES font état de l'augmentation mécanique de ce coût.

Par exemple :

– pour reprendre 10 milliards d'euros de dette le 4 janvier 2010, il faudrait augmenter la CRDS de 0,077 point ;

– pour reprendre 10 milliards d'euros de dette le 3 janvier 2011, il faudrait augmenter le taux de CRDS de 0,085 point ;

– pour reprendre 10 milliards de dette le 2 janvier 2012, il faudrait augmenter le taux de CRDS de 0,095 point ⁽¹⁾.

Outre le fait que plus la reprise interviendra tardivement, plus le niveau de la dette à reprendre sera élevé, il y a donc bien une augmentation mécanique du coût de la reprise à montant inchangé, en raison de l'échéance de 2021 qui est fixée pour l'amortissement de la dette.

Il convient dès maintenant d'agir, et **c'est pourquoi la Rapporteuse pour avis propose dans le cadre du présent projet le relèvement de 2,2 points du taux de la CRDS ⁽²⁾, afin d'inviter le Gouvernement à transférer à la CADES les déficits 2009 du régime général et du FSV. Par souci d'équité, un relèvement des contributions sociales ne peut intervenir sans une autre mesure forte, celle du retrait de la CRDS des impositions prises en compte pour le calcul du droit à restitution dans le cadre du bouclier fiscal. Il est en effet inenvisageable de faire peser le poids du financement de la sécurité sociale sur une partie de la population et d'en exclure la frange des contribuables bénéficiant du bouclier fiscal.**

*

* *

(1) Ces calculs ont été réalisés pour les besoins du rapport d'information n° 554 du sénateur Alain Vasselle, intitulé « Finance sociales : arrêté de péril ».

(2) Ce taux résulte d'une hypothèse d'un point de CRDS égal à 11,96 milliards d'euros, qui est bien entendu susceptible de variations.

Les besoins de financement de la sécurité sociale atteignent un niveau critique en 2009 : sans réouverture de la CADES, ces niveaux seront proprement insoutenables à l'horizon 2011, au regard des prévisions de déficit pour 2010. Les plafonds d'emprunt de l'ACOSS sont ainsi détournés de leur fonction et se voient relevés chaque année à concurrence des déficits prévisionnels du régime : ils sont donc utilisés pour couvrir ce qui est en réalité une dette de long terme, et non un besoin de trésorerie courant.

Il est indéniable que la sécurité sociale doit jouer un rôle d'amortisseur des cycles économiques, et qu'elle se trouve logiquement sollicitée en creux de cycle. Toutefois, l'assiette de ses produits se révèle fortement procyclique, davantage en tout cas que les recettes de l'État qui présentent une plus grande diversité. Le contexte actuel met précisément la sécurité sociale en situation de ne plus pouvoir jouer son rôle d'amortisseur de la crise. C'est pourquoi, sauf à renoncer à notre modèle de protection sociale ou à accepter le report sur les générations futures du coût de notre impuissance à en assurer la maîtrise, la recherche de nouvelles ressources sera inévitable.

Les incertitudes qui pèsent sur la soutenabilité des déficits conduisent, en l'absence de mesures qui seraient prises dans le cadre du présent projet, à s'interroger sur l'éventualité de la présentation par le Gouvernement **d'un projet de loi de financement rectificative en cours d'exercice 2010** : celui-ci pourrait s'avérer indispensable dans l'hypothèse où les prévisions corrigées amèneraient à revoir à la hausse le niveau de ces déficits. Il conviendrait alors de reposer la question d'un transfert de dette à la CADES pour assainir la situation financière qui devra être assorti des recettes appropriées, ainsi que celle d'une révision des objectifs de dépenses des différentes branches du régime général.

LE PRINCIPE D'UNE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE RECTIFICATIVE

L'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, prévoit explicitement la possibilité d'une loi de financement rectificative, et dispose qu'elle « *comprend deux parties distinctes. Sa première partie correspond à la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général. Sa deuxième partie correspond à la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux dépenses* ».

Ce principe entérine en réalité la jurisprudence du Conseil constitutionnel, qui, dans sa décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001 sur la loi de financement pour 2002, a indiqué que « *s'il apparaissait en cours d'année que les conditions générales de l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale étaient remises en cause, il appartiendrait au Gouvernement de soumettre au Parlement les ajustements nécessaires dans une loi de financement de la sécurité sociale rectificative ou, à défaut, s'il en était encore temps, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2003* ».

On ne saurait donc exclure la présentation d'un projet de loi de financement rectificative en fonction des premières données dont nous disposerons sur l'évolution des encaissements et le rythme de progression des dépenses au début de l'année 2010. Cette loi devrait obligatoirement être adoptée avant la clôture de la session ordinaire du Parlement, à la fin juin, ou, exceptionnellement, durant une session extraordinaire au début de l'été.

CHAPITRE II : LES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Sur le plan des dépenses, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale présente de bonnes mesures, poursuivant les efforts réalisés ces dernières années. La branche maladie, en particulier, est parvenue à une maîtrise efficace de ses dépenses.

Toutefois, ce projet de loi élude une question fondamentale : celle du dépassement de notre modèle de protection sociale par les évolutions structurelles que connaît la France. En effet, compte tenu du vieillissement de la population, l'augmentation des dépenses de protection sociale – non seulement de retraites, mais aussi de santé – est structurelle. La séparation des risques telle qu'elle est actuellement organisée n'est pas tenable, en témoigne le coût de la dernière année de vie des assurés pour l'assurance maladie, ou le poids de plus en plus important des « grands risques » que constituent les maladies chroniques.

Dans le contexte d'un ratio nombre d'actifs / nombre d'inactifs durablement inversé, il est nécessaire de revoir sans tarder à la fois le mode de financement et la régulation des dépenses.

I.- LA MAÎTRISE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE NE COMPENSE PAS UN DÉSÉQUILIBRE QUI S'ACCROÎT STRUCTURELLEMENT

Le présent projet de loi propose, dans la continuité des précédentes lois de financement de la sécurité sociale, de bonnes mesures de maîtrise de la dépense. Elles sont efficaces, puisque l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été quasiment respecté en 2009. Toutefois, ces mesures ne sont pas à la hauteur des enjeux : l'assurance maladie connaît un déséquilibre croissant entre ses recettes, principalement assises sur la masse salariale, et ses dépenses, qui augmentent plus rapidement du fait du vieillissement de la population. L'inversion durable du rapport entre actifs et inactifs oblige à repenser notre modèle de protection sociale.

A.- LE DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE SE CREUSE MALGRÉ LA RELATIVE MAÎTRISE DES DÉPENSES

La branche maladie connaît des déficits récurrents. En 2008, la situation s'était améliorée, avant que la crise économique ne fasse plonger le déficit à un niveau encore jamais atteint : **11,6 milliards d'euros en 2009 et 14,2 milliards d'euros en 2010.**

L'objectif de retour à l'équilibre prévu pour 2012 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 est hors d'atteinte, et ce, malgré un net progrès dans la maîtrise des dépenses.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes	135,4	140,7	139,3	141,2	147,4	154,1	160,6
Dépenses	140,0	145,2	150,8	155,8	161,1	166,6	172,2
Solde	-4,6	-4,4	-11,5	-14,6	-13,7	-12,5	-11,6

Source : annexe B du PLFSS pour 2010

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE MALADIE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes	157,4	164,0	162,3	164,7	171,4	178,9	186,1
Dépenses	162,4	168,1	173,9	178,8	185,2	191,4	197,7
Solde	-5,0	-4,1	-11,6	-14,2	-13,7	-12,5	-11,6

Source : annexe B du PLFSS pour 2010

NIVEAUX ET DÉPASSEMENTS DE L'ONDAM

(en milliards d'euros)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Objectif
ONDAM initial voté	112,8	123,5	129,7	134,9	140,7	144,8	152,0	157,6	
Dépenses réalisées	116,7	124,1	130,2	135,1	142,1	147,6	153,0	157,9	
Dépassement de l'objectif, en montant	3,9	0,6	0,5	0,2	1,4	2,8	1,0	0,3	Inférieur à 0,75 %
Dépassement de l'objectif, en %	3,4 %	0,5 %	0,4 %	0,1 %	1,0 %	1,9 %	0,6 %	0,2 %	

Source : annexe 5 du PLFSS pour 2010

1.– La relative maîtrise de l'ONDAM en 2008 et 2009 n'a pas suffi à freiner la dégradation du solde de la branche maladie

a) Un déficit réduit à 4,4 milliards d'euros en 2008

La maîtrise de l'évolution des dépenses de santé a progressé ces dernières années. L'effort continu de maîtrise des dépenses depuis 2004 a permis non seulement de contenir la dérive structurelle des dépenses, mais de réduire le déficit. De 11,7 milliards d'euros en 2004, le déficit est passé à 4,4 milliards d'euros en 2008.

En 2008 et 2009, l'évolution des dépenses d'assurance maladie ralentit par rapport aux années précédentes, mais cela n'empêche pas une dégradation très importante du solde de la CNAM en 2009, en raison du choc conjoncturel que subissent les recettes.

Fixé en 2008 à 152 milliards d'euros, l'ONDAM a été finalement dépassé de 950 millions d'euros, cet écart étant principalement dû aux soins de ville (71,4 milliards d'euros soit près de 800 millions d'euros de plus que le sous-objectif). La croissance des dépenses dans le champ de l'ONDAM est restée modérée, autour de 3,5 %, soit une augmentation plus faible qu'en 2007 (+ 4,1 %).

Le déficit de la CNAM a diminué de 181 millions d'euros en 2008 pour s'établir à 4,4 milliards d'euros. Les recettes ont augmenté moins vite qu'en 2007 (+ 4 % contre + 4,9 % en 2007).

b) En 2009, la crise économique fait plonger le déficit de l'assurance maladie à un niveau encore jamais atteint

En 2009, l'ONDAM a été fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale à 157,6 milliards d'euros, soit une progression de 3,3 %, ce qui constituait un objectif ambitieux en terme de maîtrise des dépenses par rapport à la tendance « naturelle » de l'évolution des dépenses en l'absence de mesures d'économies. Cet objectif devrait être dépassé d'environ 330 millions d'euros, grâce à des mesures de gels des crédits pour 230 millions d'euros⁽¹⁾, compensant en partie les dépassements imputables aux soins de ville pour 350 millions d'euros et aux établissements de santé pour 150 millions d'euros. Il s'agit ici d'un véritable succès puisque les dépenses sont maîtrisées. Cette estimation ne tient pas compte des dépenses supplémentaires qui pourraient être induites par la grippe A.

Malgré cette relative maîtrise de l'ONDAM, la CNAM enregistre en 2009 la plus forte dégradation de son solde, qui passe de -4,4 milliards d'euros à -11,5 milliards d'euros, soit un doublement par rapport à 2008, la branche maladie devenant ainsi la plus déficitaire.

La forte progression du déficit s'explique par un écart important entre la progression des charges nettes (+ 3,7 %) et celle des produits nets (-0,8 %), principalement en raison de la crise économique et de la contraction de 2 % de la masse salariale, responsables de 65 % du déficit. Le produit des cotisations sociales diminue en effet de 1,3 % tandis que le produit de la CSG chute de 3,6 %. Les autres impôts et taxes affectées devraient augmenter de 25 % grâce à l'affectation supplémentaire de droits sur les tabacs à l'assurance maladie pour 750 millions d'euros et de la mise en place du « forfait social » sur l'épargne salariale pour 360 millions d'euros. Enfin, la CNAM bénéficie de l'augmentation du transfert en provenance de la branche AT-MP au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles pour 300 millions d'euros.

Il reste que 35 % du déficit ne s'explique pas par cet « effet de ciseaux », conjoncturel, mais est de nature structurelle.

(1) dont 150 millions d'euros gelés sur le sous-objectif médico-social.

2.– Les nouvelles mesures d'économies permettent de contenir l'évolution des dépenses, mais pas d'éviter le creusement du déficit en 2010

a) Bien que la progression de l'ONDAM soit plus faible, le solde de la branche se dégrade encore un peu plus en 2010

L'ONDAM est fixé à 162,4 milliards d'euros pour 2010, soit une progression de 3 % par rapport à 2009. Il s'agit d'une progression moins importante qu'en 2009 (3,3 %), qui **implique de réaliser 2,2 milliards d'euros d'économies** sur l'ensemble des régimes obligatoires de base. En l'absence de mesures d'économies, les dépenses dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) progresseraient de 4,4 % en 2010.

Dans ce cadre, la progression de chaque sous-objectif sera :

- de 2,8 % pour les dépenses de soins de ville ;
- de 2,8 % pour les dépenses hospitalières ;
- de 5,8 % pour les dépenses médico-sociales.

Malgré cette progression ralentie des dépenses, la dégradation du solde de la branche va se poursuivre en 2010, en raison de la faible croissance de l'économie. Le déficit devrait atteindre 14,2 milliards d'euros dans l'hypothèse du respect de l'ONDAM. Les produits nets croîtraient de 0,7 %, les cotisations retrouvant une croissance légèrement positive (+ 1 %), la CSG stagnant (– 0,2 %). Les autres impôts et taxes affectés progresseraient de + 1,8 % grâce aux taxes sur les tabacs.

MONTANTS ET TAUX D'ÉVOLUTION DE L'ONDAM 2010

(en milliards d'euros)

	Base 2010	Sous- objectifs	Taux d'évolution
1. Dépenses de soins de ville	73,2	75,2	2,8 %
Total ONDAM Établissements de santé	69,3	71,2	2,8 %
2. Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	51,1	52,4	2,7 %
3. Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	18,8	3 %
Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux	14,1	14,9	5,8 %
4. Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,3	7	10,9 %
5. Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,8	7,9	1,7 %
6. Dépenses relatives aux autres prises en charge	1	1	5 %
ONDAM total	157,6	162,4	3,0 %

Source : annexe 7 du PLFSS pour 2010

b) Le PLFSS pour 2010 prévoit de nouvelles mesures d'économies

L'ONDAM pour 2010 intègre un montant de 2,2 milliards d'euros d'économies sur la branche maladie pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Une économie de 1,8 milliard d'euros est prévue sur les soins de ville. Sur l'hôpital, des économies de l'ordre de 300 millions d'euros sont prévues, à savoir 160 millions d'euros liés à la hausse du forfait journalier hospitalier et 150 millions d'euros dus à des ajustements tarifaires entre les secteurs public et privé. Les mesures de lutte contre la fraude devraient rapporter 150 millions d'euros supplémentaires.

En définitive, seulement 300 millions d'euros d'économie devraient être supportés par les assurés.

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE L'ASSURANCE MALADIE

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures sur les dépenses d'assurance maladie	1 836	2 198
Mesures d'économies intégrées à l'ONDAM 2010	1 844	2 211
Économies sur biologistes et radiologues	200	240
Maîtrise médicalisée hors produits de santé (IJ, actes, paramédicaux, plan transports, ALD)	325	390
Maîtrise médicalisée produits de santé	167	200
Baisses de prix ciblées de médicaments et de dispositifs médicaux	250	300
Baisses de prix génériques	83	100
Économies sur médicaments à 35 %	121	145
Lutte contre la fraude	125	150
Économies sur les dépenses d'IJ hors maîtrise médicalisée et lutte contre les fraudes	92	110
Convergence tarifaire établissements de santé	125	150
Augmentation du forfait journalier hospitalier	130	156
Générication de médicaments en sus de la tendance	167	200
Baisse de la contribution des établissements au Centre national de gestion	25	30
Gestion des tarifs de la liste en sus	33	40
Mesures hors ONDAM	- 8	- 13
Diminution de la dotation à l'ONIAM	42	47
Provision pour le financement de l'ANAP et l'ASIP	- 50	- 60

Source : annexe 9 du PLFSS pour 2010

c) L'impact financier de la grippe A n'est pas encore connu

La prévention de la grippe A H1N1 a un coût estimé à 1,5 milliard d'euros supporté à parts égales par l'État et la sécurité sociale, se décomposant ainsi :

– 1,1 milliard d'euros pour les achats de vaccins et de masques ;

– environ 290 millions d'euros d'indemnités pour les professionnels de santé qui administreront le vaccin. L'origine institutionnelle du versement de ces indemnités (l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires – EPRUS – ou bien un fonds spécifique) reste à déterminer.

Le coût de la grippe « en aval » est difficile à évaluer. Concernant les personnes actives, chaque cas de grippe devrait avoir un coût moyen de 100 euros, soit 80 euros d'indemnités journalières (IJ) et 20 euros de remboursements de consultations et de médicaments. Pour le reste de la population, le coût moyen est de 20 euros, soit uniquement les remboursements. En définitive, le coût moyen par cas de grippe est estimé à 65 euros par personne.

L'article 28 du présent projet de loi prévoit de ne pas prendre en compte le surcoût induit par les dépenses liées à la pandémie grippale dans le cadre de l'évaluation du risque de dépassement de l'ONDAM en 2010 par le comité d'alerte. En effet, l'ONDAM 2010 est construit sur la base des éléments disponibles en septembre 2009 et n'intègre donc pas le coût d'une pandémie, qui est impossible à estimer. Ainsi, en cas d'aggravation de la situation, l'accélération forte des dépenses pourrait conduire le comité d'alerte à considérer que le risque de franchissement du seuil d'alerte est sérieux, ce qui aurait pour conséquence que la CNAM devrait proposer des mesures de redressement. Or, une telle situation ne correspond pas à la raison d'être du comité d'alerte. C'est pourquoi il paraît nécessaire de neutraliser un surcoût ponctuel lié à une pandémie grippale exceptionnelle.

3.- L'évolution structurelle de la demande de soins nécessite une réforme du système de santé fondée sur la médicalisation et la régulation

La maîtrise des dépenses de santé a beaucoup progressé ces dernières années. Elle résulte d'une action continue sur l'ensemble des déterminants de la dépense : prix, volumes, structure de soins, modes de prise en charge, etc. Le tableau suivant compare les taux de croissance moyens annuels des composants de l'ONDAM sur deux périodes.

ÉVOLUTION DES TAUX DE CROISSANCE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

(en pourcentage)

Secteur	Taux de croissance moyens annuels	
	1998-2003	2003-2009
Dépenses régime général en dates de soins ⁽¹⁾		
Honoraires	4,3	2,2
Auxiliaires	6,8	6,0
Transports	9,1	6,5
Biologie	7,2	2,0
IJ	8,2	1,8
Médicaments	7,9	3,3
Total Soins de ville	7,0	3,3
Cliniques	7,0	4,9
Dépenses régime général en dates de remboursement ⁽¹⁾		
Hôpital public	4,4	3,3
Médico-social	6,6	8,9

(1) Champ : métropole, sections locales mutualistes

Toutefois, cette maîtrise est insuffisante, au regard de la progression des recettes. D'après la CNAM, le taux de croissance annuel spontané des consommations de soins s'établira à +3,7 % en moyenne sur la période 2009-2012 en volume (c'est-à-dire avant toute application d'éventuelles modifications de prix des prestations). Ce taux est lié à une croissance plus rapide du nombre de patients atteints de pathologies sévères et chroniques, qui contribuent pour 84 % à la croissance totale du volume des soins, et à une intensification des soins. La progression des dépenses de santé est aussi due au vieillissement de la population. 15 % de la population concentre 62 % de la dépense. Ainsi, sur la période 2009-2012, on anticipe :

– une augmentation des effectifs des personnes en affections de longue durée (ALD) de 3,6 % par an (+4,1 % sur les pathologies cardiovasculaires, +4,9 % sur les cancers et +5,2 % sur le diabète) ce qui s'explique par des tendances épidémiologiques, mais aussi par un effet d'offre : le dépistage précoce et l'amélioration des traitements augmentent le nombre de patients traités ;

– un accroissement du volume de consommation de soins par personne.

La Rapporteuse pour avis estime que cette tendance de fond implique une réflexion sur le financement et l'organisation de notre système de santé. Les mesures d'économies proposées dans le présent projet de loi seront efficaces pour maîtriser la progression des dépenses en 2010. À long terme, une réforme structurelle axée sur la régulation du système est indispensable – corrélativement à une réforme du mode de financement de la protection sociale, si l'on veut maintenir un haut niveau de protection.

Les mesures structurelles prises ces dernières années (mise en place du parcours de soins, accompagnement des professionnels de santé sur des thèmes de maîtrise médicalisée, ajustements tarifaires, mises sous accord préalable de certaines prestations, programmes de contrôle, actions d'accompagnement menées en direction des assurés, etc.) ont montré leur efficacité pour ralentir la progression des dépenses. Cela prouve qu'il est possible d'infléchir les tendances et qu'il faut poursuivre l'action en ce sens.

Le programme Sophia est un bon exemple de dispositif innovant permettant de réduire la hausse des dépenses. Il s'agit d'un programme mis en place dans le cadre du plan ministériel 2007-2011 pour les personnes atteintes de maladies chroniques, destiné aux personnes diabétiques prises en charge à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD). Il est conduit depuis fin 2008 à titre expérimental avec 43 000 volontaires dans 10 départements pilotes. Il s'agit d'un service gratuit d'accompagnement adapté à l'état de santé et à la situation du patient. Il intervient comme relais du médecin traitant dans la prise en charge de ses malades en proposant conseils et informations adaptés à chaque personne. En aidant les patients à mieux suivre les recommandations de leur médecin, Sophia leur propose d'être davantage acteur de leur santé, de prévenir les

risques de complications et d'aggravation. Ainsi, il permet de réaliser deux types d'économies : celles liées à la diminution du nombre de consultations pour conseils et avis, et celles liées à la diminution des risques de complication grâce à un meilleur suivi. Ce dispositif expérimental doit être évalué fin 2009. Si cette évaluation globale apparaît positive, la CNAM propose que le programme soit progressivement généralisé et transposé à d'autres pathologies chroniques, comme les maladies respiratoires et cardiovasculaires.

Dans le même esprit, il faudrait améliorer l'analyse des coûts de l'assurance maladie par pathologie.

Pour chaque fonction (ou pathologie), on procéderait à une évaluation du nombre de personnes concernées et de la dépense moyenne. La dynamique de la dépense serait ainsi mieux analysée. Une organisation en terme de fonction de la dépense (pathologies cardiovasculaires, diabète, affections psychiatriques, etc.) pourrait compléter celle en terme de nature des dépenses (soins de ville, établissements de santé, médico-social).

La Rapporteuse pour avis estime que la régulation doit être au cœur de la réflexion sur la modernisation de notre système de santé. La séparation des fonctions de régulateur et d'opérateur permettrait une meilleure allocation des ressources. Il s'agit d'orienter les patients vers l'offre de soin la plus efficace et efficiente. Une gestion du risque rigoureuse, une optimisation permanente de l'allocation des ressources, une utilisation raisonnée du progrès technique, sont indispensables pour réguler les dépenses tout en maintenant un haut niveau de prise en charge par l'assurance maladie.

B.– LA PROGRESSION DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE EST MIEUX MAÎTRISÉE

1.– Bien que les objectifs soient dépassés, l'évolution des dépenses de soins de ville ralentit en 2008 et 2009

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE

(en millions d'euros)

	2007	2008	Évolution 08/07	Prévision 09/08
Honoraires libéraux	25 767	25 519	2,9 %	3,0 %
<i>Dont Honoraires privés</i>	15 163	15 520	2,3 %	1,1 %
généralistes	4 915	4 996	1,7 %	0,2 %
spécialistes	7 640	7 882	3,2 %	1,7 %
sages-femmes	101	108	7,8 %	7,9 %
dentistes	2 508	2 533	1,0 %	0,4 %
Honoraires paramédicaux	5 549	5 846	5,4 %	6,5 %
infirmières	2 854	3 059	7,2 %	9,7 %
kinésithérapeutes	2 277	2 344	2,9 %	2,6 %
orthophonistes	377	402	6,6 %	4,8 %
orthoptistes	40	42	3,2 %	9,3 %
Laboratoires	2 678	1 689	0,4 %	2,5 %
Transports de malades	2 377	2 463	3,6 %	6,8 %
Autres dépenses	29 371	29 972	2,5 %	4,1 %
<i>Dont Médicaments</i>	17 737	17 644	- 0,5 %	2,6 %
<i>Dont Dispositifs médicaux</i>	3 257	3 543	13,7 %	8,9 %
Dont Indemnités journalières	7 511	7 948	5,8 %	5,5 %
<i>Dont IJ maladie</i>	5 385	5 693	5,7 %	4,6 %
<i>Dont IJ AT</i>	2 126	2 255	6,1 %	7,6 %
Soins de ville	55 138	56 491	2,7 %	3,5 %

Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS).

a) En 2008, la progression des dépenses de soins de ville a connu un fort ralentissement

Le dépassement de l'ONDAM en 2008 est essentiellement dû au dépassement du sous-objectif relatif aux soins de ville (+ 850 millions d'euros). Toutefois, ce dépassement s'explique pour moitié par un « effet de base », c'est-à-dire par le dépassement du sous-objectif en 2007.

En réalité, l'augmentation des dépenses de soins de ville ralentit de façon notable en 2008 : + 2,5 % contre + 4,4 % en 2007. Le ralentissement de presque tous les postes, à l'exception de celui des indemnités journalières (IJ), s'explique en partie par le dispositif de franchise sur les actes médicaux, les médicaments et les analyses, instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Le rendement de cette mesure est estimé à 890 millions d'euros soit 1,2 point.

Le poste « honoraires médicaux » ralentit et reste faible en volume, puisque la croissance des dépenses de médecine générale et de soins dentaires (moins de 2 %), comme celle des honoraires des médecins spécialistes (+ 3,2 %), reste modérée. Cela s'explique par l'absence de mesures de revalorisation et par des effets « volume » relativement stables. De même, la plupart des prescriptions connaissent une décélération, qu'il s'agisse du remboursement d'actes paramédicaux (+ 5,4 %), de dépenses d'analyses médicales ou du volume des transports. Dans ce cas, bien que l'impact de la franchise soit important, d'autres facteurs explicatifs doivent être mis en lumière : une moindre croissance des volumes, la mise en place du référentiel de prescription pour assurer l'utilisation du mode de transport adapté à l'état du patient, etc.

Néanmoins, il faut souligner l'évolution contraire des dépenses d'indemnités journalières, dont la progression s'est de nouveau accélérée : + 5,8 % en 2008, contre + 3,8 % en 2007. Cette croissance est imputable à la fois à celle du nombre de consommateurs (+ 1,9 %) et à une augmentation de la durée d'arrêt par tête (+ 1,5 %). Par ailleurs, cette évolution est différenciée selon les catégories d'IJ puisque les arrêts de plus de 6 mois constituent la moitié de la croissance annuelle et que les arrêts courts (moins de 14 jours) sont stables. Cette remarque est importante compte tenu de la place non négligeable qu'occupent les IJ au sein de la consommation de soins de ville (14 %).

La structure des IJ par pathologie n'a pas varié. La CNAM constate une forte hétérogénéité des prescriptions d'IJ selon les régions, pour les mêmes pathologies. Il existe probablement un phénomène de concurrence locale entre prescripteurs qui conduit à ce qu'ils s'alignent les uns sur les autres. C'est pourquoi la CNAM édite maintenant des référentiels de prescription qui doivent être distribués aux médecins.

b) Le montant des économies réalisées grâce aux mesures mises en place en 2009 n'est pas encore mesuré de façon certaine

La commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) prévoit un dépassement de l'ordre de 200 millions d'euros sur les soins de villes en 2009, soit une progression de l'ordre de 3,5 % des dépenses. Néanmoins, la CCSS reste prudente sur ses prévisions en raison de l'incertitude qui pèse sur le rendement de certaines mesures d'économies mises en place en 2009 : maîtrise médicalisée, lutte contre la fraude, contrôle des droits...

Le principal dérapage se situe au plan des indemnités journalières (IJ) qui poursuivent une tendance d'évolution très dynamique de l'ordre de + 5,5 %, tout en conservant des disparités selon les postes : les arrêts de travail pour maladie ralentissent alors que les arrêts de longue durée accélèrent. On aurait pu s'attendre, après plusieurs mois de diminution de la masse salariale, à une diminution des indemnités journalières, comme on l'observe d'habitude en temps de crise, mais il n'en est rien.

L'évolution dynamique des honoraires paramédicaux, d'analyses médicales et de transports s'explique principalement par des mesures de revalorisation et par le fait que le dispositif de franchise ne joue plus sur la dynamique des dépenses. Le principal dérapage s'observe dans les transports sanitaires avec une évolution de +6,8 % en 2009 (contre +3,6 % en 2008). Il s'explique par des revalorisations tarifaires mais surtout par une augmentation en volume, encore inexpliquée.

La hausse des honoraires paramédicaux (+6,5 %) est induite par l'augmentation des remboursements d'actes infirmiers due à une revalorisation intervenue en avril 2009 (+10 %) et à la fin de la montée en charge du dispositif de franchise. En revanche, les remboursements d'actes de kinésithérapie devraient marquer un léger recul. Par ailleurs, les dépenses remboursées d'actes de biologie renouent avec la croissance (+2,5 %) en raison de la progression des volumes.

La croissance des honoraires médicaux continue à ralentir et reste stable en volume. En effet, les dépenses de médecine générale et de soins dentaires restent stables, en l'absence d'effets prix notables. En outre, les honoraires des spécialistes connaissent un ralentissement en lien avec les mesures d'ajustements tarifaires.

Enfin, la progression des produits de santé reste modérée (+3,5 %), mais cache une forte disparité entre les dépenses de médicaments qui connaissent un ralentissement (+2,5 %), et celle des dispositifs médicaux qui retrouvent leur niveau de croissance tendanciel (+9 %).

c) La maîtrise des prescriptions hospitalières délivrées en ville est un véritable enjeu pour les dépenses de soins de ville

Les prescriptions hospitalières sont celles des professionnels de santé hospitaliers exerçant dans des établissements sanitaires publics ou privés. Il s'agit de prescriptions délivrées à l'issue d'un séjour à l'hôpital ou lors d'une consultation externe et utilisées en ville. Ainsi, elles entrent dans le sous-objectif soins de ville.

Elles représentent 8,8 milliards d'euros, soit 22 % de l'ensemble des prescriptions « soins de ville » du régime général en 2008. Ces prescriptions concernent principalement des médicaments (4,3 milliards d'euros), viennent ensuite les arrêts de travail (1,3 milliard d'euros), les transports (1,14 milliard d'euros) et enfin les autres prescriptions (dispositifs médicaux, analyses) pour 2 milliards d'euros.

La part des prescriptions hospitalières délivrées en ville dans l'ensemble des prescriptions est très importante quelle que soit la catégorie de prescription visée. Elle représente 48 % des dépenses de transports, 27 % des dispositifs médicaux, 23 % des médicaments, 16 % des IJ, 12 % de la biologie et 11 % des actes d'auxiliaires médicaux.

Le poids de ces dépenses dans l'ensemble des prescriptions « soins de ville » souligne la nécessité de les maîtriser, d'autant qu'elles augmentent plus vite (+ 5,7 % en moyenne annuelle) que celles de l'ensemble des prescripteurs (+ 3,8 % en moyenne annuelle). **La dynamique des prescriptions par des médecins hospitaliers (+ 12 % en 2008) correspond aux trois quarts de l'augmentation annuelle de la dépense de médicaments.**

C'est ainsi que l'**article 31** du présent projet de loi prévoit un dispositif visant à responsabiliser les établissements de santé sur leurs prescriptions de transports sanitaires. Il est proposé de fixer un taux national d'évolution des dépenses de frais de transport des établissements de santé et de sanctionner les établissements dont la prescription dépasserait ce taux. Les agences régionales de santé et les organismes locaux d'assurance maladie pourront conclure un contrat avec les établissements de santé dont les prescriptions de transports sanitaires ne seraient pas maîtrisées. Ce contrat comporterait un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport pour l'établissement et un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescriptions de transports.

La Rapporteuse pour avis souhaite transposer ce dispositif aux prescriptions de médicaments délivrées par des praticiens hospitaliers et exécutées en ville et propose un amendement en ce sens.

2.– Le respect de l'ONDAM pour 2010 passe par le renforcement de la maîtrise médicalisée et l'ajustement des tarifs dans le domaine des soins de ville

Le présent projet de loi fixe le sous-objectif soins de ville de l'ONDAM à 75,2 milliards d'euros, soit une progression de 2,8 %, contre 3,7 % en 2009. Les économies nécessaires pour atteindre cet objectif devront passer par le renforcement de la maîtrise médicalisée et par un ajustement des tarifs.

La maîtrise médicalisée comprend la mise en place de référentiels médico-économiques (par exemple sur la prescription d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion plutôt que des sartans dans le traitement de l'hypertension) devant permettre de réduire la croissance des dépenses de prescriptions pour certains médicaments.

Elle suppose aussi un plan de réduction des dépenses d'indemnités journalières (IJ). Ce plan prévoit l'extension, sous une procédure renouvelée en 2010, de la mise sous entente préalable afin de sanctionner plus efficacement les « sur-prescripteurs » et d'infléchir les pratiques (**article 30** du présent projet de loi). Des contrats d'amélioration des pratiques individuelles seront développés. De même, la diffusion de référentiels et la généralisation de l'expérience de la contre-visite de l'employeur devraient permettre de réduire ces dépenses (**article 53**).

Concernant l'ajustement des tarifs, il faut remarquer que les prix payés par l'assurance maladie pour certains services ou biens de santé n'intègrent pas toujours l'évolution des gains de productivité. Il existe des secteurs au sein desquels le niveau des rémunérations est beaucoup plus élevé que la moyenne. C'est le cas, par exemple, de la radiologie et de la biologie, dans lesquels existent des marges importantes par rapport aux tarifs de la sécurité sociale, qui seront donc diminués.

Par ailleurs, comme chaque année, des diminutions de prix seront opérées sur les produits de santé, qu'il s'agisse de génériques, de médicaments traditionnels ou de dispositifs médicaux qui permettront d'ajouter environ 460 millions d'euros d'économies aux 200 millions d'euros déjà réalisés grâce à la générication du *clopidrogel*. L'évolution des dépenses de remboursement de médicaments serait dès lors de l'ordre de 2,2 %. Enfin, les taux de remboursement des médicaments vont être refondus ; désormais, il y aura quatre catégories de remboursements : 100 % pour les médicaments irremplaçables et très coûteux, 65 % lorsque le service médical rendu est jugé majeur ou important, 35 % lorsqu'il est jugé modéré et 15 % lorsqu'il est faible dans toutes les indications. Cette mesure respecte le principe fondamental selon lequel le niveau de remboursement varie en fonction de l'intérêt thérapeutique du médicament.

C.- LE RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE L'ASSURANCE MALADIE NE PEUT SE CONCEVOIR SANS AMÉLIORATION DE LA GESTION DES HÔPITAUX

Le secteur hospitalier a connu d'importants changements ces dernières années, portant à la fois sur son financement, son organisation et ses investissements.

La tarification à l'activité (T2A), déployée progressivement à partir de 2005, a été généralisée dès 2008 alors que l'objectif initial était 2012. Elle doit permettre une gestion des ressources plus efficace. L'introduction de la T2A a généré des difficultés de prévisions budgétaires, mais à terme, elle doit permettre une meilleure allocation des moyens disponibles. Le développement de la comptabilité analytique au sein des établissements constitue un autre outil permettant d'en améliorer la gestion.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite HPST) vise à moderniser la gestion de l'hôpital et à permettre une meilleure articulation entre les différents acteurs du système de santé afin d'en accroître l'efficacité, c'est-à-dire promouvoir une meilleure allocation des moyens tout en améliorant la prise en charge des patients.

Enfin, l'investissement hospitalier a été relancé par les plans Hôpital 2007 puis Hôpital 2012.

Le Président de la République a fixé comme objectif le retour à l'équilibre des comptes des hôpitaux à horizon 2012. En 2008, le déficit des comptes d'exploitation s'est réduit, mais la dette des hôpitaux continue à augmenter, car les dépenses d'investissement sont largement financées par l'emprunt.

Si les dépenses de santé sont globalement mieux maîtrisées depuis 2008 à travers l'ONDAM, le retour à l'équilibre des comptes des hôpitaux à l'horizon 2012, et *a fortiori* le retour à l'équilibre de l'assurance maladie, supposent la réalisation d'économies substantielles dans le secteur hospitalier.

1.— La progression des dépenses hospitalières en 2008 et 2009

Les dépenses afférentes aux établissements de santé ont connu une accélération en 2008 (+ 3,9 % contre + 3 % en 2007), atteignant 67,7 milliards d'euros, et dépassant le sous-objectif hospitalier d'environ 150 millions d'euros. Cette progression est liée d'une part au niveau trop bas des dépenses comptabilisées dans l'ONDAM en 2007, d'autre part à la généralisation de la tarification à l'activité.

En 2009, le respect de l'ONDAM hospitalier, fixé à 3,1 %, aurait nécessité, compte tenu des dépenses de 2008 supérieures de 250 millions d'euros à la prévision utilisée pour la construction de l'objectif pour 2009, une croissance des dépenses n'excédant pas 2,7 %. Celles-ci devraient atteindre 69,5 milliards d'euros, soit une évolution de 2,9 %, le dépassement de l'ONDAM hospitalier devant s'établir à un peu plus de 150 millions d'euros.

2.— Le sous-objectif pour 2010 repose sur une maîtrise modérée des dépenses

Le PLFSS pour 2010 prévoit une évolution du sous-objectif afférent aux établissements de santé de l'ordre de 2,8 %, soit un ONDAM hospitalier fixé à 71,2 milliards d'euros. Ce taux de progression devrait permettre de poursuivre le développement d'une offre de soins adaptée aux besoins ainsi que les efforts d'amélioration de la performance des établissements de santé.

Les prévisions de dépenses reposent notamment sur l'ajustement du forfait journalier hospitalier, créé en 1983 pour faire participer les patients aux frais d'hébergement à l'hôpital. Celui-ci passera de 16 euros à 18 euros dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que dans les services de soins de suite et de réadaptation ; dans les services de psychiatrie, il s'élèvera à 13,50 euros au lieu de 12 euros actuellement. Cette mesure représente une économie de 156 millions d'euros.

L'effort principal réside dans le processus de convergence entre les tarifs des secteurs public et privé. L'**article 32** reporte l'achèvement de la convergence tarifaire intersectorielle de 2012 à 2018. Toutefois, dès 2010, une nouvelle approche sera privilégiée sous la forme d'une convergence « ciblée » sur certains

séjours, notamment dans le domaine de la chirurgie ambulatoire ou à sévérité légère, représentant une économie de 150 millions d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Le report de l'achèvement de la convergence tarifaire à 2018 se justifie notamment par le fait que les importantes différences de coûts entre établissements ne sont pas toujours bien expliquées. Par ailleurs, le retour à l'équilibre des comptes des hôpitaux entre en contradiction avec une convergence trop rapide des tarifs, pour les hôpitaux les moins productifs. Reporter le déficit de la sécurité sociale sur les hôpitaux ne constitue pas une solution.

LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) a été mise en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 mais n'a été réellement déployée qu'à partir du 1^{er} mars 2005. Elle vise à instaurer une allocation des ressources fondée sur l'activité de soins, qui a pour finalités la rémunération des établissements en fonction de l'activité effectivement réalisée et la limitation des dépenses occasionnées par chaque prise en charge.

Les tarifs sont fixés à partir des groupes homogènes de séjours (GHS) eux-mêmes déterminés par les groupes homogènes de malades (GHM). Certains éléments font l'objet de dotations séparées :

- les missions d'intérêt général ;
- les produits et actes facturés en sus, comme certains dispositifs médicaux implantables et les molécules onéreuses (DMI-MO), mais également les séances de radiothérapie ou de dialyse, ainsi que les suppléments liés à la réanimation et aux cas extrêmes ;
- et enfin, les soins d'urgence et l'activité des greffes, qui font l'objet de forfaits annuels.

Par ailleurs, les disparités régionales liées au différentiel de coût de la main-d'œuvre ou de l'immobilier sont prises en compte à travers des coefficients correcteurs géographiques. Un financement complémentaire sera établi en 2009 pour prendre en compte la précarité de certains patients ainsi que la sévérité des traitements nécessités par d'autres, éléments qui contribuent à augmenter les dépenses des hôpitaux.

Le financement des hôpitaux par la T2A a été généralisé en 2008, en avance de quatre ans sur le programme prévu initialement. Des coefficients de transition sont appliqués pour éviter une modification trop brusque, à la hausse ou à la baisse, des recettes des hôpitaux. L'effet de ces coefficients devait s'atténuer puis disparaître à horizon 2012. Le présent projet de loi étale ce processus jusqu'en 2018. En 2008, 19 % des établissements ont terminé leur convergence avec un coefficient de transition fixé à 1. 90 % des établissements ont un coefficient compris entre 0,95 et 1,04.

Le système de financement ainsi étendu pourrait se traduire par des gains d'efficacité, à condition que la convergence des tarifs ne se fasse pas à la hausse. Le principe a été adopté d'une convergence vers la moyenne observée. En l'absence de gains de productivité toutefois, cette convergence se traduirait par une aggravation des déficits.

Les effets de cette généralisation de la T2A sont opposés, selon la productivité actuelle des hôpitaux. Les hôpitaux les plus productifs bénéficieront de cette évolution puisque les recettes issues de la tarification à l'activité seront supérieures à la dotation perçue jusqu'à présent. À l'inverse, les hôpitaux moins productifs pourraient voir les recettes obtenues pour chaque acte ne pas couvrir leurs coûts. La généralisation de la T2A peut donc inciter au regroupement des structures hospitalières. Elle favorise en effet les établissements bénéficiant d'économies d'échelle. La recherche d'une taille critique pourrait devenir cruciale pour certains établissements qui n'arrivent pas à équilibrer leur budget.

L'année 2010 verra le lancement de la deuxième tranche du plan Hôpital 2012. Ce plan, mis en œuvre après le plan hôpital 2007, vise à améliorer la maîtrise des dépenses de l'hôpital tout en développant une offre de soins adaptée aux besoins. Il finance des opérations de reconfigurations hospitalières ainsi que l'informatisation du processus de soins à travers la mise en œuvre des systèmes d'information hospitaliers (SIH). Le plan Hôpital 2012 a également pour but de relancer l'activité économique par l'effet de levier qu'il génère.

Sur la période 2008-2012, **l'effort d'investissement devrait représenter 10 milliards d'euros**, financés à hauteur de 5 milliards d'euros par des aides directes de l'assurance maladie, de 2 milliards par des prêts à taux préférentiels de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), les 3 milliards d'euros restant devant être apportés par les établissements à partir de leurs fonds propres ou par recours à l'emprunt.

Les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012, financés en partie par des emprunts des hôpitaux, ont contribué à l'augmentation de la dette des hôpitaux.

3.– Le redressement des comptes des hôpitaux et de la branche maladie suppose des efforts de productivité de plus grande ampleur

a) Une situation financière très dégradée

Le déficit global des établissements de santé s'élève à 338 millions d'euros en 2008, soit une amélioration de près de 142 millions d'euros par rapport à 2007. Ce déficit est largement concentré sur les gros établissements, en particulier les CHU qui représentent à eux seuls 65 % du déficit.

En revanche, on constate une augmentation importante de la dette des hôpitaux entre 2007 et 2008 puisqu'elle est passée de 16 milliards d'euros en 2007 à environ 19 milliards d'euros en 2008. L'amélioration des résultats d'exploitation des hôpitaux n'est pas suffisante pour compenser l'évolution des dépenses d'investissement.

ÉTAT DE LA DETTE FINANCIÈRE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

(en millions d'euros)

	Dettes en fin d'exercice 2007	Nouveaux emprunts (2008)	Remboursements en capital (2008)	Dettes en fin d'exercice 2008
AP-HP	1 166	861	454	1 573
CHR	3 661	1 736	604	4 794
CH > 70 M€	4 441	1 250	755	4 936
CH > 20 <70 M€	2 863	799	399	3 263
CH < 20 M€	922	207	84	1 045
CHS	686	148	88	745
Hôpitaux locaux	689	175	78	785
CLCC	294	48	40	302
EBNL	1 493	232	142	1 582
TOTAL	16 218	5 459	2 649	19 029
TOTAL EPS	14 430	5 179	2 465	17 144

CLCC : centres de lutte contre le cancer.

EBNL : établissements à but non lucratif.

Source : Comptes financiers 2008 (ATIH) - État F3

Ce tableau montre que les remboursements en capital en 2008 ont été environ deux fois inférieurs aux nouveaux emprunts sollicités. Pour les centres hospitaliers régionaux (CHR), le niveau des remboursements est plus proche du tiers. L'endettement total progresse donc de 19 % pour l'ensemble des établissements publics de santé (EPS).

b) Il existe d'importantes marges de progression en termes d'efficience de la gestion des hôpitaux

Dans le cadre de son rapport de septembre 2009 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a cherché à apprécier l'incidence des facteurs organisationnels sur les coûts des hôpitaux. Son étude, qui porte sur un échantillon de cinq CHU et d'une quarantaine de centres hospitaliers, pour trois types de services (maternité, pneumologie et chirurgie orthopédique), relève des résultats très hétérogènes pour des établissements comparables.

Le champ plus ou moins vaste et complexe des missions des établissements ne suffit pas à expliquer l'ampleur des écarts de coûts relevés. Ceux-ci s'observent dans tous les domaines, qu'il s'agisse du nombre de types de séjours utilisés (groupes homogènes de séjours), du nombre de professionnels (aussi bien médecins que non médecins) mobilisés par lits ou par chiffre d'affaires, de la durée moyenne de séjours ou encore du taux d'occupation. Par conséquent, les résultats financiers des hôpitaux révèlent aussi cette diversité.

Les écarts de coûts renvoient souvent à des problèmes d'organisation. Par exemple, les effectifs d'infirmières spécialisées dans les blocs opératoires pour 5 000 actes varient de 1 à 4, ce qui renvoie au moins pour partie à des questions d'organisation. Or, les coûts liés au fonctionnement des blocs opératoires

représentent une part souvent déterminante du coût du séjour (jusqu'à 40 % pour la chirurgie orthopédique). Les services d'urgences constituent un autre exemple intéressant : l'organisation des urgences peut être plus ou moins coûteuse (de 1 à 5) selon qu'existe un tri efficace à l'accueil et que les examens complémentaires (radiologiques et biologiques) sont plus ou moins sélectifs (ils peuvent constituer de 1 % à 10 % du coût du séjour, en moyenne).

La Cour des comptes conclut que des progrès sont possibles dans tous les hôpitaux, dans la mesure où nulle part une situation favorable n'est constatée pour tous les services. La mise en place des pôles dans les établissements doit permettre d'améliorer la gestion, mais souvent les outils permettant d'associer les médecins au pilotage font défaut. Ainsi, la Cour observe que des données essentielles au pilotage des pôles comme celles relatives à l'absentéisme, aux gardes et astreintes, aux temps d'attente des patients font défaut.

Les missions d'appui qui vont être mises en place dans une cinquantaine d'établissements de santé dont la plupart des CHU pilotées par l'Agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP), contribueront à rendre l'organisation des services plus efficiente, c'est-à-dire offrant un meilleur service pour un moindre coût. Une mission est déjà conduite au CHU de Nancy, avec des premiers résultats très intéressants.

c) Des dépenses d'investissement mal calibrées et mal financées

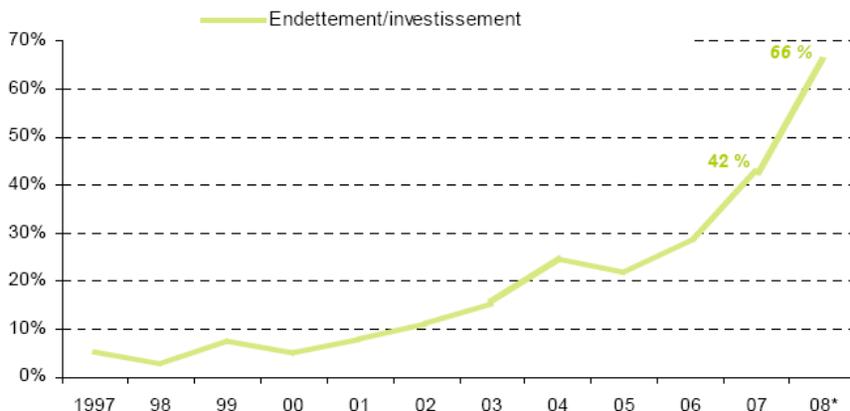
S'il était utile, le plan de relance de l'investissement Hôpital 2007 a néanmoins contribué à dégrader la situation financière des hôpitaux.

Le plan s'est traduit par des dépenses d'investissement supplémentaires de 16 milliards d'euros sur la période 2003-2007. 90 % des opérations étaient de nature immobilière.

L'essentiel du financement du plan a reposé sur des aides en fonctionnement prélevées sur l'ONDAM hospitalier, visant à couvrir les charges financières résultant d'opérations d'emprunt. Ces aides en fonctionnement et ces ressources d'emprunt ont été complétées par des subventions en capital versées par un fonds financé par l'assurance maladie. **Dans l'ensemble, les aides ont représenté près de 6 milliards d'euros sur la période 2003-2007.** S'y sont ajoutés des soutiens financiers directs, des ARH ou du ministère, dans des conditions parfois critiquables, estime la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Peu discriminante, la sélection des projets n'a pas pris en compte le retour sur investissement attendu. En outre, le trop grand nombre de projets a mécaniquement réduit le montant de l'aide disponible par opération, si bien que l'emprunt a constitué la source principale de financement. La Cour note que les coûts induits par le fonctionnement des équipements nouveaux viendront encore accroître les charges des hôpitaux, notamment lorsque les projets ont été surdimensionnés et reposaient sur des prévisions d'activité trop optimistes.

LE FINANCEMENT DE L'INVESTISSEMENT PAR RECOURS CROISSANT À L'ENDETTEMENT



Ensemble des investissements hospitaliers.

Source : Direction générale des finances publiques.

Il est encore temps de corriger, dans le plan Hôpital 2012 déjà partiellement mis en œuvre, les erreurs commises dans le plan 2007 et d'intégrer les prévisions d'activité dans la sélection des projets.

II.- LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

La branche AT-MP pèse d'un poids modeste dans l'ensemble des dépenses des régimes de base (moins de 3 % de l'ensemble en 2008). De plus, l'évolution structurelle des dépenses au titre de ce risque est moins rapide que celle des recettes des régimes sociaux, en raison de la tendance de long terme à la diminution des accidents du travail.

Le périmètre de la branche englobe deux catégories de prestations :

– des prestations légales : indemnités journalières pour maternité et paternité, prestations de décès, pensions d'invalidité et prestations d'incapacité permanente dues au titre d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;

– le financement des fonds liés à l'amiante : Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

En 2008, la branche avait atteint l'équilibre, présentant même un léger excédent. Pourtant, dès 2009 et contrairement aux estimations, un nouveau déficit est apparu. On peut craindre que celui-ci augmente en 2010 en raison du retournement de la conjoncture économique, même si à moyen terme la branche devrait bénéficier de la décroissance des charges d'indemnisation liées à l'amiante.

**ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE AT-MP
DU RÉGIME GÉNÉRAL**

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes	10,2	10,8	10,5	10,6	11,2	11,7	12,2
Dépenses	10,7	10,5	11,2	11,4	11,7	11,9	12,2
Solde	-0,5	0,2	-0,6	-0,8	-0,5	-0,2	0,0

Source : PLFSS pour 2010

**ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE AT-MP
DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE**

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes	11,7	12,3	12,1	12,1	12,7	13,2	13,8
Dépenses	12,1	12,1	12,6	12,9	13,1	13,4	13,6
Solde	-0,4	0,2	-0,5	-0,7	-0,4	-0,1	0,2

Source : PLFSS pour 2010

A.– APRÈS UN REDRESSEMENT EN 2008, LA BRANCHE AT-MP RENOUVE AVEC LE DÉFICIT EN 2009 EN RAISON DE LA DÉGRADATION DE LA CONJONCTURE ÉCONOMIQUE

1.– Une embellie en 2008

En 2008, la branche AT-MP est devenue excédentaire, pour la première fois depuis 2001⁽¹⁾. Son excédent de 241 millions d'euros s'expliquait principalement par la non-reconduction de certains dispositifs de 2007 (provision de 150 millions d'euros pour la reprise des déficits du FCAATA) et par la suppression de la quasi-totalité des exonérations de cotisations (100 millions d'euros). En outre, ce retour à l'équilibre a été favorisé par une forte amélioration des ressources, en particulier des cotisations.

En cohérence avec ces bons résultats, les estimations du PLFSS pour 2009 étaient positives, prévoyant un solde proche de l'équilibre.

(1) En 2007, le déficit avait atteint 500 millions d'euros.

2.– La crise explique la dégradation du solde et son évolution contraire aux prévisions en 2009

Démentant les prévisions initiales, l'exercice 2009 voit la branche renouer avec le déficit. Le présent projet de loi prévoit un résultat déficitaire de 605 millions d'euros, soit une dégradation du solde de pas moins de 846 millions d'euros.

En effet, les charges retrouvent une forte croissance d'environ 5,9 % et s'établissent désormais à 11,7 milliards d'euros, alors que les recettes marquent un recul d'environ 2,1 %.

La hausse des charges est principalement due à l'augmentation de 300 millions d'euros du transfert de sa dotation à la CNAM au titre de la sous-déclaration des accidents de travail et des maladies professionnelles, mais également à l'augmentation de 30 millions d'euros de la dotation de la branche au FCAATA. De même, les prestations légales sont en hausse globale (+ 3,6 %), bien que leurs évolutions soient différenciées : les indemnités journalières AT sont en hausse de 6,1 % mais le FCAATA ne nécessite plus que l'enregistrement d'une provision de 7 millions d'euros.

Les recettes diminuent en raison de la contraction de la masse salariale imputable à la dégradation de la situation économique.

B.– EN 2010, LE DÉFICIT DE LA BRANCHE DEVRAIT S'APPROFONDIR

1.– Un déficit de 800 millions en 2010

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit un solde déficitaire de 800 millions d'euros, soit une dégradation de 200 millions d'euros par rapport à 2009. Les charges progressent moins rapidement qu'en 2009 (+ 2,2 %) et s'établissent à 11,4 milliards d'euros.

Les recettes retrouvent la croissance (+0,9 %) mais restent moins dynamiques que les charges. En 2010, la poursuite du recul de la masse salariale de (- 0,4 %) serait atténuée par un ralentissement des exonérations générales.

2.– La prévention des risques est l'outil principal pour maîtriser les dépenses de la branche : l'instauration d'un système de bonus-malus

La maîtrise des dépenses de la branche AT-MP passe nécessairement par le développement de la prévention des risques professionnels et par une amélioration de la sécurité et de la santé au travail. L'accord des partenaires sociaux du 12 mars 2007 et la convention d'objectif et de gestion signée en septembre 2008, pour 2009-2012, et qui lie la branche ATMP à l'État, ont proposé des orientations pour améliorer le système. L'**article 42** du présent projet de loi transpose ces orientations à travers un système de bonus-malus afin d'inciter les

entreprises à s'engager vers davantage de prévention. Le bonus consistera en un dispositif d'aides financières simplifiées sous forme de subventions directes pour les entreprises éligibles qui réalisent un investissement de prévention, dans le cadre de programmes de prévention nationaux ou régionaux. Concernant le malus, le PLFSS prévoit que les sanctions soient plus lisibles et dissuasives grâce :

- à un plancher de majoration de cotisations en cas de risque exceptionnel ;

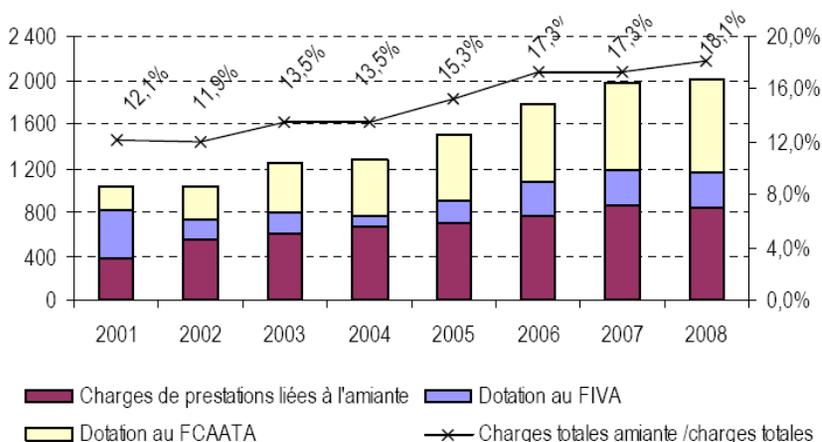
- et à une simplification du mécanisme de sanction en cas de répétition constatée de situations de risque exceptionnel.

C.- LE POIDS TOUJOURS ÉLEVÉ DES FONDS AMIANTE PÈSE SUR LA CAPACITÉ DE FINANCEMENT DE LA BRANCHE

La prise en charge des maladies liées à l'amiante a donné successivement naissance à deux fonds spécifiques : en 1999, le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) puis, en 2001 le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

La branche AT-MP est le principal contributeur à ces fonds (93 % des produits du FCAATA). Ces contributions, pour près de 7,7 milliards d'euros sur la période 2003-2009, dont 1,165 milliard d'euros en 2008 et 1,195 milliard en 2009, pèsent de plus en plus sur le résultat de la branche comme le montre le graphique ci-après.

ÉVOLUTION DES CHARGES LIÉES À L'AMIANTE AU SEIN DE LA BRANCHE AT-MP



Source : CNAMTS Statistiques technologiques annuelles, CCSS - 2009.

La part des charges liées à l'amiante rapportée aux dépenses totales de la branche AT-MP, pour le régime général, est passée de 12 % en 2001 à un peu plus de 18 % en 2008, soit une progression de 50 %. Cette évolution s'explique principalement par la croissance des dotations au FCAATA, qui ont été multipliées par plus de quatre entre 2001 et 2008 en raison de la montée en charge du dispositif. S'agissant du FIVA, le niveau des dotations a évolué de façon irrégulière du fait d'une dotation initiale particulièrement importante. En valeurs cumulées, les dotations au FIVA sont venues accroître les charges de la CNAMTS liées à l'amiante de plus de 2 milliards d'euros depuis 2001.

1.– En 2008 et 2009, les contributions aux deux fonds augmentent

Le FCAATA est désormais financé par une contribution de la branche AT-MP (850 millions d'euros en 2008 et 880 millions d'euros en 2009) et par une part du produit des droits de consommation sur les tabacs. Rappelons que la contribution employeurs a été supprimée par la loi de financement pour 2009. En 2009, les charges ont légèrement diminué, contrairement aux prévisions, pour s'établir autour de 911 millions d'euros. Le FCAATA présente ainsi un solde déficitaire de 19 millions d'euros en 2008 et 34 millions d'euros en 2009, bien que la montée en charge du fonds soit compensée en partie par un nombre croissant de sorties du dispositif.

Le FIVA est, quant à lui, alimenté à la fois par une contribution de la branche AT-MP (315 millions d'euros en 2008 et 2009) et par une contribution de l'État. Néanmoins, le fonds ayant des difficultés à faire face aux demandes d'indemnisation, la mise en place d'une cellule d'urgence et un renforcement des effectifs ont été décidés et mis en œuvre dès 2009. Ces mesures ont logiquement causé une hausse importante des dépenses du fonds (302 millions d'euros en 2008 et 665 millions d'euros en 2009) et un déficit d'environ 266 millions d'euros⁽¹⁾. Néanmoins, pour 2009, l'excédent cumulé du fonds depuis sa création (403 millions d'euros en 2008) devrait permettre d'absorber le fort déficit attendu.

À long terme, on peut anticiper à la fois la baisse tendancielle du poids du FCAATA due à l'augmentation des sorties du dispositif et une montée progressive du FIVA.

2.– En 2010, les contributions de l'État aux deux fonds amiante sont stables à un niveau élevé

L'article 43 prévoit un maintien des dotations au FCAATA et au FIVA.

Concernant le FCAATA, son solde se rapproche de l'équilibre. Le maintien de la dotation devrait permettre de compenser le léger déficit de 2009 et donc le retour à l'équilibre du fonds en 2010. En effet, en 2009, les dépenses du

(1) De 2006 à 2008, le FIVA présentait des résultats excédentaires.

FCAATA sont en baisse et celle-ci devrait se poursuivre du fait de la progression tendancielle du nombre de sorties du dispositif pour cause de départ à la retraite et de la stabilité des modes d'admission au dispositif. Pour 2010, on peut donc anticiper un retour à l'équilibre du fonds. À plus long terme, l'idée de la baisse du poids du FCAATA dans la branche AT-MP se confirme donc.

La contribution de l'État au FIVA est également stable à 315 millions d'euros. Elle avait été augmentée en 2009 pour financer le renforcement du personnel, mais les objectifs de résorption du stock de dossiers en cours et en attente de traitement étant réalisés moins rapidement que prévu, l'impact budgétaire de ces mesures devrait s'étaler jusqu'en 2010. Ainsi, le niveau du fonds de roulement (estimé à 275 millions d'euros fin 2009) permettra d'absorber le surcroît d'activité (dépenses d'indemnisation estimées à 591 millions d'euros en 2010) et justifie la proposition de maintenir en 2010 la dotation de la branche AT-MP au même niveau que celle de 2009, soit 315 millions d'euros. Néanmoins, les personnels supplémentaires devraient permettre au fonds d'accroître sensiblement son activité. Les dépenses d'indemnisation pourraient ainsi progresser de 42 % par rapport à 2009. Un déficit important (- 200 millions d'euros) devrait donc être constaté en 2010, financé par un prélèvement sur le fonds de roulement conséquent du FIVA.

DOTATIONS DE LA CNAM AT-MP AUX FONDS AMIANTE

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Au FCAATA	600	700	500	850	880	880
Au FIVA	200	315	315	315	315	315
Total annuel	800	1 015	1 115	1 165	1 195	1 195
Total cumulé	3 267	4 282	5 397	6 562	7 757	8 952

Source : direction de la sécurité sociale

III.- LA BRANCHE FAMILLE

Le montant des prestations de protection sociale au titre de la maternité, de la famille et des aides au logement atteint 66,5 milliards d'euros en 2008 soit 3,4 % du PIB, dont l'essentiel est versé par les caisses d'allocations familiales. Complété par les aides fiscales aux familles, comme le « quotient familial », cet effort place la France parmi les pays européens qui redistribuent une proportion significative de leur richesse nationale en faveur des familles.

Traditionnellement, la branche famille se caractérisait par sa situation excédentaire. Aussi les dernières lois de financement prévoyaient-elles que son solde demeurerait positif en 2009 et 2010. En effet, la progression modérée des dépenses due à l'augmentation des entrées dans le système des prestations familiales (différence entre les effectifs de la génération de 1989 sortant du dispositif et les naissances) devait continuer à être compensée par la réduction

tendancielle de la taille des familles (certaines prestations exigent un nombre minimum d'enfants pour être attribuées et la plupart proposent des barèmes progressifs en fonction du nombre d'enfants).

Cependant, la dégradation de la conjoncture économique a conduit à revoir ces estimations et à prévoir un solde négatif pour 2009 et 2010, comme le montrent les tableaux suivants. Le déficit de la branche famille devrait encore s'approfondir en 2010.

**ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE
DU RÉGIME GÉNÉRAL**

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes	54,9	57,2	56,1	49,6	51,8	54,0	56,3
Dépenses	54,8	57,5	59,2	54,1	56,1	57,7	59,4
Solde	0,2	-0,3	-3,1	-4,4	-4,3	-3,7	-3,1

Source : PLFSS pour 2010

**ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE
DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE**

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes	55,4	57,7	56,6	50,1	52,3	54,5	56,8
Dépenses	55,2	58,0	59,7	54,5	56,5	58,2	59,9
Solde	0,2	-0,3	-3,1	-4,4	-4,3	-3,7	-3,1

Source : PLFSS pour 2010

**A.– LA BRANCHE FAMILLE EST DEVENUE DÉFICITAIRE, ROMPANT AINSI
AVEC UNE PÉRIODE D'EXCÉDENT STRUCTUREL**

En principe, la croissance des dépenses de la branche est modérée puisque le fait que la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) soit indexée sur les prix, et non sur les salaires ou le PIB, conduit à une érosion en part de PIB des prestations familiales.

Toutefois, le montant des prestations familiales sous conditions de ressources varie également en fonction de la conjoncture économique, et en particulier du chômage.

1.– La fin d'une période excédentaire : la montée en charge de la PAJE

En rupture avec les années récentes, en 2008, un déficit de 342 millions d'euros est apparu, soit une détérioration de près de 500 millions d'euros entre 2007 et 2008. La forte progression des prestations et la contraction plus importante que prévu des recettes expliquent ce résultat, en contradiction avec les

estimations de la loi de financement de la sécurité sociale prévoyant un excédent de 300 millions d'euros. La hausse des prestations légales, bien que contrastée selon les domaines, s'explique par l'évolution du nombre de bénéficiaires et la revalorisation moyenne des prestations. Ce sont surtout les hausses de 6,1 % des prestations liées à la petite enfance dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et de 5,2 % de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) qui pèsent sur le solde de la branche.

La PAJE est à l'origine d'un surcoût important pour la CNAF. Supérieur aux prévisions, son surcoût par rapport aux prestations préexistantes s'est élevé en 2007 à 1 975 millions d'euros pour s'établir à 2 021 millions d'euros en 2009. L'année 2010 devrait encore être marquée par la montée en charge du complément mode de garde (CMG). C'est à partir de 2011 que le CMG se trouvera en régime de croisière

2.– En 2009, le déficit est aggravé par la crise

En 2009, le déficit de la branche famille se creuse et devrait s'établir à 3,1 milliards d'euros. En effet, bien que la progression des charges ait ralenti (+ 2,9 %), les recettes ont parallèlement décliné (– 0,9 %).

Malgré une moindre progression due à la substitution du revenu de solidarité active (qui n'est pas dans les comptes de la CNAF) à l'allocation de parent isolé (API)⁽¹⁾, les dépenses demeurent importantes, du fait, en particulier, de la forte revalorisation de la BMAF autour de 3 %⁽²⁾. La croissance des prestations légales augmente de 4 % en 2008 et de 4,8 % en 2009. On constate en particulier une moindre progression de la PAJE (+ 5,8 % au lieu de + 7,8 % en 2008) puisque certains de ses volets ont achevé leur montée en charge.

Les allocations logement à caractère familial augmentent de 1,7 %. Cette progression paraît peu dynamique pour une période de crise économique : c'est le fait d'un décalage, dû à la prise en compte des revenus de l'année n-1 ou n-2 pour leur versement.

(1) La mise en place du RSA n'a quasiment pas d'impact sur la branche famille, la prestation étant cofinancée par l'État et les départements. Il y a cependant un impact d'ampleur tout à fait marginal, en raison de la règle d'application de la subsidiarité de l'allocation de soutien familial (ASF) : avec le RSA, il y a ouverture automatique du droit à l'allocation de soutien familial (ASF) pendant quatre mois. Rappelons qu'antérieurement, l'API, bien que figurant dans le compte de la CNAF, n'avait aucun impact sur le compte de résultat : la prestation faisant l'objet d'une écriture comptable symétrique, correspondant au remboursement de l'État.

(2) La BMAF est indexée sur les prévisions d'inflation. Si l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement destiné à assurer, pour l'année civile suivante, une évolution des bases mensuelles conforme à l'évolution des prix à la consommation hors tabac (article L. 551-1 du code de la sécurité sociale). Cela explique que la revalorisation de la BMAF soit de 3 % en 2009 puis nulle en 2010.

Les prestations liées au handicap ont connu une hausse importante due à la revalorisation de 5 % de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Mais cette revalorisation vient aussi majorer les produits, dans la mesure où cette allocation est financée par l'État et reversée par les CAF aux bénéficiaires.

Les prestations extralégales progressent à un rythme élevé (+ 5,6 %), tout comme les transferts au titre des majorations de pensions pour enfants⁽¹⁾ (+ 21,1 %) et les charges de gestion courante (+ 11,4 %).

La baisse des produits est principalement imputable à la dégradation de la situation économique.

B.– EN 2010, CE DÉFICIT DEVRAIT S'APPROFONDIR EN RAISON DE LA PERSISTANCE DE LA CRISE ÉCONOMIQUE

Dans une perspective de court terme, et ce malgré la nature excédentaire de la branche, il ne faut guère s'attendre à un rétablissement rapide de sa situation financière.

1.– Un solde déficitaire de 4,4 milliards d'euros en 2010

Le présent projet de loi prévoit un solde déficitaire de 4,43 milliards d'euros en 2010, soit une dégradation de 1,3 milliard d'euros par rapport à 2009. Le creusement du déficit s'explique par une progression modérée de 1,8 % des charges (62 milliards d'euros) couplée à une croissance quasi-nulle des recettes (+ 0,1 %) qui s'établissent désormais à 57,5 milliards d'euros.

La revalorisation de la BMAF étant nulle en 2010, la progression des charges est principalement imputable à l'action sociale de la branche, conformément à la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2009-2012 qui prévoit une augmentation moyenne de 7,5 % des crédits pour financer le développement de la garde d'enfants.

Enfin, la croissance nulle des produits s'explique toujours par la montée du chômage et la baisse des revenus d'activité.

(1) Les dispositions de la LFSS pour 2009 contribuent en effet à alourdir la charge de la CNAF pour les années à venir par le passage progressif à 100 % d'ici 2011 du financement des dépenses du fonds de solidarité vieillesse (FSV) au titre des majorations de pensions pour enfants.

2.— Les mesures visant à développer la garde d'enfants ont un poids non négligeable dans les charges de la branche

La France étant un des pays de l'Union Européenne où le taux de fécondité est le plus élevé (plus de deux enfants par femme), il est nécessaire de développer des dispositifs pour la garde d'enfants. En dépit des efforts réalisés, l'offre de garde demeure insuffisante. Le Président de la République s'est ainsi engagé à ce que 200 000 nouvelles places soient créées d'ici à 2012.

a) L'extension du prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels

L'article 46 du présent projet prévoit l'extension du prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels. Aujourd'hui, les assistants maternels assurent le principal mode d'accueil. Ce dispositif concerne près de 722 000 enfants. Le Gouvernement a fixé un objectif de 100 000 places nouvelles d'ici à 2012. Or, l'activité de ces assistants est étroitement liée aux conditions d'accueil des enfants à leur domicile. Actuellement, la branche famille accorde à certains de ses allocataires des prêts pour l'amélioration de l'habitat (PAH) dans des conditions et des limites fixées par décret. Ces prêts sont ouverts aux locataires ou propriétaires souhaitant effectuer des travaux pour améliorer leur logement, à un taux bonifié de 1 %. Le montant du prêt dépend du coût des travaux et peut atteindre 80 % des dépenses engagées dans la limite de 1 067,14 euros.

Le présent projet de loi propose donc d'étendre le PAH aux assistants maternels afin que ces derniers puissent financer des travaux ou améliorer la sécurité de leur domicile dès lors que celui-ci a un lien avec leur activité professionnelle. Ce prêt pourra également accompagner le passage de trois à quatre enfants gardés, autorisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Il s'agira d'un prêt à taux zéro plafonné à 10 000 euros et devant être remboursé sur 120 mois. Le montant du prêt accordé au regard des dépenses effectuées par l'assistant maternel resterait limité, comme pour les allocataires, à 80 %.

b) Le développement des modes d'accueil collectif

Le Gouvernement se mobilise par ailleurs pour développer les modes collectifs d'accueil. Ainsi, la convention d'objectifs et de gestion pour 2009-2012 qui lie l'État à la CNAF donne des moyens concrets à cet engagement. Grâce à un taux d'augmentation de 7,5 % par an du Fonds national d'action sociale (alimenté par l'État, et géré la CNAF), qui correspond à une progression de près de 1,3 milliard d'euros d'ici à 2012, plus de 100 000 places d'accueil du jeune enfant pourront être créées.

IV.– LA BRANCHE VIEILLESSE DANS L'ATTENTE DU « RENDEZ-VOUS » DES RETRAITES DE 2010

A.– LE DÉFICIT STRUCTUREL DE LA BRANCHE VIEILLESSE, AGGRAVÉ PAR UN DÉFICIT CONJONCTUREL, IMPLIQUE UNE RÉVISION DES ÉQUILIBRES

Le déficit de la CNAV (caisse nationale d'assurance vieillesse) s'est creusé en 2009, pour atteindre 8,1 milliards d'euros, soit une aggravation de son déficit de 2,5 milliards d'euros par rapport à 2008, alors même que l'augmentation des prestations est ralentie par la diminution du nombre de départs anticipés et que les recettes augmentent.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes	85,8	89,5	90,7	92,1	96,4	100,2	104,2
Dépenses	90,4	95,1	98,9	102,9	108,0	113,2	118,7
Total	-4,6	-5,6	-8,2	-10,7	-11,6	-13,0	-14,5

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, annexe B.

ÉVOLUTION DES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Recettes	169,1	175,3	178,4	182,9	189,6	196,4	203,3
Dépenses	173,0	180,9	187,9	195,0	202,5	210,7	219,0
Total	-3,9	-5,6	-9,5	-12,2	-13,0	-14,3	-15,7

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, annexe B.

1.– L'accroissement structurel des prestations de retraite est amorti par la diminution du nombre de départs en retraite anticipée en 2009

Le montant des prestations légales de retraite servies par la CNAV devrait atteindre 91,2 milliards d'euros en 2009 (soit une augmentation estimée à 4,8% par rapport à l'exercice précédent). Le rythme d'évolution des prestations est moins rapide qu'en 2008 (+ 5,6 %). Ce ralentissement est lié à la diminution du nombre de départs en retraite anticipée compte tenu de l'augmentation, depuis le 1^{er} janvier 2009, de la durée requise pour bénéficier de ce dispositif (cf. encadré).

Les charges financières diminuent fortement en 2009 (80 millions contre 650 millions en 2008), grâce à la reprise des déficits cumulés de la CNAV et du FSV par la CADES en 2009. Au total, les charges nettes de la CNAV progressent de 4 % en 2009.

L'augmentation structurelle des dépenses de la CNAV s'explique par deux phénomènes. D'une part, l'arrivée à l'âge de la retraite à partir de 2006 des générations nées après la seconde guerre mondiale a un impact sur les comptes de la branche vieillesse estimé à 11,1 milliards d'euros pour 2012. D'autre part, l'allongement de l'espérance de vie associé à un âge de départ en retraite constant se traduit par une augmentation de la durée de versement des prestations ; ce facteur devrait avoir un impact de l'ordre de 1,5 milliard d'euros en 2012.

LA DIMINUTION DU NOMBRE DE DÉPARTS ANTICIPÉS EN 2009

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a ouvert, à compter du 1^{er} janvier 2004, des droits à une retraite anticipée avant 60 ans pour les salariés ayant commencé à travailler entre 14 et 16 ans. En 2009, moins de 25 000 personnes ont été concernées par ce dispositif, contre 122 000 en 2008. Cette forte diminution s'explique par trois phénomènes :

– l'obligation de scolarité jusqu'à 16 ans à partir de 1959, qui retarde environ 17 000 départs en 2009 ;

– le durcissement du dispositif de régularisation des arriérés de carrières : un certain nombre d'abus ont été détectés depuis la mise en place de ce dispositif. La possibilité de régulariser par déclaration sur l'honneur a été supprimée : environ 33 000 départs sont évités grâce à l'ensemble des mesures mises en place par la circulaire du 23 janvier 2008 relative à la mise en œuvre de la réglementation et aux modalités de contrôle des régularisations de cotisations arriérées et des rachats pour aide familial agricole ;

– l'application du « principe générationnel » dans l'allongement de la durée de cotisation de 40 à 41 ans prévu par la loi du 21 août 2003 dite Fillon : pour bénéficier du dispositif de départ pour carrière longue avant 60 ans, il faut avoir une durée validée égale à la durée nécessaire pour le taux plein, à laquelle on ajoute 8 trimestres. La loi Fillon prévoit le passage progressif de cette durée de 40 à 41 ans entre 2009 et 2012 (soit un trimestre supplémentaire par an). Or, la durée requise à partir de 2009 s'applique en fonction de l'année de naissance (et non à toutes les personnes liquidant leur retraite en 2009) : par exemple une personne née en 1952 pouvait partir en retraite anticipée en 2008 si elle avait commencé à travailler à 15 ans et cotisé 40 ans plus 8 trimestres ; en 2009, les personnes nées en 1952 doivent avoir validé une durée de 41 ans⁽¹⁾. On observe donc un phénomène de « ressaut » en 2009, responsable du report de 47 000 départs.

Le dernier effet, le principe générationnel, est transitoire, et le nombre de départs anticipés devrait à nouveau progresser en 2010 pour atteindre 50 000 personnes. Il devrait se stabiliser autour de 30 000 départs à l'horizon 2015.

La croissance des recettes est ralentie par la crise économique mais demeure positive : l'augmentation des produits nets de la CNAV pour 2009 est de 1,5 %, contre +4,2 % en 2008. Les recettes de cotisations sociales sont stables (+0,1 % en 2009, +0,9 % en 2008). La progression des recettes s'explique essentiellement par les facteurs suivants :

(1) 1949 : 40 ans + 1 trimestre, 1950 : 40 ans + 2 trimestres, 1951 : 40 ans + 3 trimestres, 1952 : 41 ans.

– le transfert du FSV au titre du chômage, qui progresse de 17 % en raison de la hausse du chômage ;

– les transferts en provenance de la CNAF au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), qui augmentent de 2,9 % en 2009 ;

– la revalorisation du plafond de sécurité sociale (+ 3,1 %) ;

– l'augmentation de la fraction du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital, qui passe de 15 % à 30 % en 2009, entraînant un surcroît de recettes de 0,4 milliard d'euros et du taux de la contribution sur le montant des indemnités de mise à la retraite qui est porté à 50 % en 2009 (ce taux était fixé à 25 % en 2008).

2.– L'aggravation structurelle du déficit implique une réforme de l'assurance vieillesse

a) Un déficit de 10,7 milliards d'euros en 2010

La progression des prestations légales servies par la CNAV devrait ralentir, pour se situer à 4,5 % en 2010. La revalorisation de 1,2 % des pensions en 2010 devrait avoir un coût de 1 milliard d'euros. L'augmentation des charges nettes s'établirait à 4 %, comme en 2009.

Les recettes nettes de la CNAV n'augmenteront que de 0,8 % en 2010, poursuivant leur ralentissement (contre + 4,2 % en 2008 et + 1,5 % en 2009). Les prévisions de recettes pour 2010 des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour la branche vieillesse, s'élèvent à 182,9 milliards d'euros. La CNAV bénéficiera à nouveau d'un transfert du FSV, en augmentation, de plus de 600 millions d'euros, malgré la charge, d'un coût de 630 millions d'euros, qui pèsera sur le fonds, en application de la mesure prévue à l'**article 40** du projet de loi qui met à sa charge les périodes assimilées maladie.

LA POURSUITE DE LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES EN FAVEUR DE L'EMPLOI DES SENIORS EN 2010

Le plan national d'action concertée pour l'emploi des seniors 2006-2010 vise à relever le taux d'activité des plus de 50 ans. Ce plan doit contribuer à une augmentation du taux d'emploi des 55-64 ans de deux points par an sur la période afin d'atteindre un taux de 50 % d'ici 2010. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a introduit d'autres mesures. S'il est encore trop tôt pour dresser un bilan de ces mesures, on dispose déjà des éléments suivants sur les dispositifs mis en place :

– la surcote permet de majorer la pension de retraite des personnes travaillant au-delà du moment où elles peuvent liquider leur retraite à taux plein ; 9,6 % des nouveaux retraités ont bénéficié de ce dispositif en 2008, 12,2 % au premier trimestre 2009 ;

– la libéralisation du cumul emploi-retraite (article 88 de la LFSS pour 2009) permet depuis le 1^{er} janvier 2009 à tout assuré ayant pris sa retraite de cumuler le revenu d'une activité et sa pension de retraite. La CNAV a réalisé une étude, au mois d'août dernier, sur 5 700 personnes ayant pris récemment leur retraite. Parmi ces personnes interrogées, le taux de cumul emploi-retraite est de 7,2 %, et concerne principalement les cadres, à temps partiel, qui exercent souvent des activités libérales telles que le conseil ;

– le dispositif de retraite progressive, encore naissant, a concerné 2 500 personnes en 2009 ;

– le régime de mise à la retraite d'office dans le secteur privé ne pourra plus intervenir avant l'âge de 70 ans sans le consentement du salarié concerné.

Par ailleurs, la LFSS pour 2009 a prévu que, dans le cadre du dispositif d'incitation à la conclusion d'accords en faveur de l'emploi des seniors, les entreprises qui n'auront pas passé un tel accord devront s'acquitter d'une pénalité de 1 % de la masse salariale dès le 1^{er} janvier 2010. Le PLFSS pour 2010 ne renouvelle pas les dérogations dont bénéficient encore certaines branches professionnelles jusqu'au 31 décembre 2009.

La situation des pensions d'invalidité est particulière. Ces pensions sont destinées à compenser la situation d'invalidité qui réduit d'au moins deux tiers la capacité de travail ou de gain de l'intéressé. Néanmoins, les invalides de première catégorie, qui ont la capacité de poursuivre une activité, peuvent cumuler leur pension avec des revenus d'activité. Jusqu'à présent, la pension d'invalidité était remplacée d'office, à 60 ans, par la pension de vieillesse allouée au titre de l'inaptitude au travail. Or cette pension de retraite ne peut généralement pas être cumulée avec une activité professionnelle, dans la mesure où ce dispositif n'est possible qu'à partir de 60 ans pour les assurés ayant effectué une carrière complète. Ainsi, les invalides de première catégorie sont contraints de cesser leur activité professionnelle à l'âge de 60 ans. Afin de remédier à cette situation, **l'article 39** du présent projet de loi prévoit que la pension d'invalidité de première catégorie pourra être versée jusqu'à l'âge de 65 ans, si l'intéressé le souhaite.

En 2009, le taux d'emploi des 55-64 ans est de 38 %, ce qui est faible par rapport à d'autres pays. Toutefois, il s'explique en partie par des facteurs autres que l'emploi dans les entreprises. La moitié des départs se font avant 60 ans dans la fonction publique, lorsque le régime de pension octroie une retraite complète avant l'atteinte de l'âge légal de départ. Par ailleurs, tant que l'âge de droit commun de départ à la retraite sera de 60 ans, les dispositifs visant à favoriser l'emploi des 55-65 ans seront d'effet limité.

b) La sécurisation et l'aménagement de la majoration de la durée d'assurance retraite des mères de famille

Les mères de familles bénéficient aujourd'hui d'une majoration de leur durée d'assurance pouvant aller jusqu'à deux ans par enfant, dans le cadre du régime général ou d'un régime aligné. Or, la Cour de cassation, dans un arrêt du 19 février 2009, a estimé que ce dispositif était contraire à l'article 14 de la convention européenne des droits de l'homme (CEDH) qui interdit les discriminations, notamment fondées sur le sexe.

L'article 38 du présent projet de loi aménage ce dispositif, afin de respecter la CEDH tout en protégeant les mères et en ne remettant pas en cause leur « confiance légitime » dans le système qui a prévalu jusqu'à maintenant. L'article 38 prévoit :

– une majoration de quatre trimestres par enfant accordée aux mères assurées, au titre de la grossesse et de la maternité ;

– une majoration de quatre trimestres destinée aux couples, au titre de l'éducation de l'enfant. Les conditions d'application de cette seconde majoration dépendront de la date de naissance de l'enfant : pour les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2010, la majoration sera réservée à la mère sauf si le père démontre, avant la fin de l'année 2010, qu'il a élevé seul l'enfant. Pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2010, les parents auront le choix d'attribuer cette majoration à l'un ou l'autre ou de se la partager. Leur choix doit être fait durant les quatre années qui suivent la naissance ou l'adoption de l'enfant. En cas de désaccord ou de silence du couple, la majoration sera attribuée à la mère.

La Rapporteuse pour avis approuve la majoration au titre de la grossesse et l'accouchement, ou l'adoption. En revanche, s'agissant de la majoration au titre de l'éducation, elle estime que l'on fait prendre en charge par l'assurance sociale la « perte de chance » subie par les femmes du fait du comportement des employeurs. Or, les inégalités salariales et les aléas de carrières ne doivent pas être durablement compensés par la solidarité nationale, au risque de légitimer le comportement des employeurs. C'est pourquoi elle défendra un amendement prévoyant que chaque année, la majoration de la durée d'assurance au titre de l'éducation des enfants sera revue en fonction de l'évolution des inégalités, notamment salariales, que les partenaires sociaux doivent s'engager à résorber.

c) Un déficit essentiellement structurel

En 2009, le solde de la branche vieillesse s'élève à 8,2 milliards d'euros. La partie structurelle de ce déficit, selon la méthode de calcul de la CNAV, en représente 68 % et la partie liée à la conjoncture en représente 32 %. Cette répartition distingue la branche vieillesse de l'ensemble du régime général, dont les deux tiers du déficit sont liés à la conjoncture.

En 2010, le solde de la branche vieillesse du régime général est estimé à -10,7 milliards d'euros, dont 5,7 milliards d'euros de déficit structurel. À droit constant, le déficit de la CNAV atteindra 13 milliards d'euros en 2012 (et le déficit de l'assurance vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base 14,3 milliards d'euros).

À l'horizon 2020, le besoin de financement des régimes de retraite de base est estimé à 25 milliards d'euros par an ; à l'horizon 2040, il s'élève à 65 milliards d'euros par an, en prenant des hypothèses relativement optimistes : un taux de chômage à 4,5 %, une productivité du travail qui augmente de 1,8 % par an (sachant qu'actuellement elle augmente de 0,5 % par an).

Pour le respect des générations futures, une révision des équilibres est indispensable. Conformément à la demande du Président de la République exprimée devant le Parlement réuni en Congrès le 22 juin 2009, le rendez-vous 2010 des retraites devra être l'occasion d'aborder toutes les questions touchant aux retraites, l'ensemble des paramètres devant être mis sur la table : la durée de cotisation, l'âge de la retraite, le taux de cotisation et le montant des pensions versées. L'équité entre les régimes devra également être étudiée.

Le levier le plus efficace à court terme est le relèvement des cotisations car il a un effet immédiat sur les comptes. Toutefois, cette solution ne peut pas suffire, car elle pénalise l'emploi et fait peser sur une population qui n'augmente pas le financement des pensions d'une population qui va beaucoup augmenter dans les années à venir. L'équité envers les générations futures impose de ne pas faire peser la réforme sur les seuls actifs.

La modification de l'âge de la retraite a également un impact financier assez rapide, tandis que la durée de cotisation a un impact plus important à long terme.

À la demande du Parlement, le Conseil d'orientation des retraites (COR) doit remettre un rapport début 2010 présentant des pistes d'évolution globale du système de retraite français, qui étudiera notamment le mode de calcul des droits et les conditions techniques de mise en place d'un régime par points ou de « comptes notionnels ». De tels dispositifs permettraient d'améliorer la lisibilité et d'harmoniser les règles de calcul des droits entre régimes.

B.– LA DÉGRADATION DES COMPTES DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est chargé de servir des avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale. La crise économique a fortement impacté les recettes et les dépenses du fonds en 2009.

En 2007 et 2008, le FSV a dégagé un résultat excédentaire (150 millions d'euros en 2007 et 800 millions d'euros en 2008). En revanche, les prévisions annoncent une dégradation des comptes du FSV avec un solde déficitaire de 3,1 milliards d'euros en 2009. Cette situation s'explique par un effet de ciseau, avec une augmentation des charges du Fonds et une diminution de ses recettes.

1.– En 2009, l'accroissement des dépenses du FSV est lié à l'augmentation du chômage et à la progression soutenue des prestations à la charge du Fonds

Les charges du FSV augmentent de 9,6 % en 2009 (contre 1,9 % en 2008) pour atteindre 17,4 milliards d'euros.

La prise en charge des cotisations au titre du chômage (régime de base), qui représente près de la moitié des charges globales, progresse de 17,4 % en 2009 pour atteindre 8,4 milliards d'euros, contre 7,1 milliards d'euros en 2008. Cette augmentation s'explique par la forte dégradation du marché de l'emploi, avec 440 000 chômeurs en plus, en moyenne annuelle, en 2009.

Les prises en charge du FSV au titre du minimum vieillesse diminuent de 2,7 % en 2009. Cette progression s'explique par la baisse du nombre de bénéficiaires liée notamment à l'amélioration du niveau des pensions contributives. Cette prévision tient compte de la revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), en avril 2009, conformément à l'objectif d'augmentation de son montant de 25 % entre 2008 et 2012. Cette revalorisation représente un coût estimé à 130 millions d'euros.

Les dépenses au titre des majorations de pensions pour enfants élevés et pour conjoints à charge connaissent une augmentation de 3,1 % en 2009. Ce rythme de croissance moins soutenu qu'en 2008 (durant cet exercice, les prises en charge avaient augmenté de 4 %) s'explique par le recul temporaire du nombre de départs lié à la baisse du nombre de départs anticipés.

Le transfert à la branche famille des majorations de pension de 10 % pour les assurés ayant élevé au moins trois enfants entraîne un gain de 400 millions d'euros pour le fonds en 2009. Le taux de prise en charge par la branche famille passe en effet de 60 % à 70 % en 2009 : il devrait être de 85 % en 2010 et atteindre 100 % en 2011. En contrepartie de cette hausse, une fraction de 15 points du prélèvement social de 2% sur les revenus du capital et les produits de placement a été transférée à la CNAV, représentant 300 millions d'euros en 2009. La part de cette recette affectée au Fonds passe ainsi de 20 à 5 points. Au total, le transfert de ces charges et recettes se traduirait par un gain net de 100 millions d'euros pour le FSV en 2009.

2.– Les recettes pâtissent du transfert d'une partie des recettes de la CSG à la CADES

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a modifié la structure du FSV. Alors que la contribution sociale généralisée (CSG) représente 80 % des recettes du fonds, les recettes de celle-ci ont fortement diminué en 2009 pour s'établir à 9,3 milliards d'euros (– 20,1 % soit une baisse de 2,4 milliards d'euros). Deux facteurs expliquent cette baisse :

– le transfert d'une fraction de 0,2 point de CSG à la CADES en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 dans le but de financer la reprise des déficits cumulés du régime général et du FSV. Ce transfert de recettes représente une perte estimée à 2,2 milliards d'euros pour le FSV.

– la baisse des recettes totales de CSG en 2009 (– 3 %) liée à la diminution de la masse salariale en 2009 par rapport à l'exercice précédent (– 2 %).

Le FSV a également subi indirectement l'impact de la crise sur le régime social des indépendants (RSI). En raison des difficultés financières de ce régime, les montants de contribution sociale de solidarité sur les sociétés (CSSS) affectés à ces régimes ont augmenté. Cela a diminué la part de la CSSS attribuée au FSV, qui s'élève à 800 millions euros en 2009 contre 1,5 milliard d'euros prévus initialement.

3.– Un déficit aggravé en 2010

En 2010, le déficit du FSV devrait s'aggraver pour atteindre 4,5 milliards d'euros. Les produits subiront une diminution moins importante qu'en 2009, soit 0,2 % pour un montant qui devrait s'élever à 12,9 milliards d'euros.

Le doublement des taux de contribution sur les retraites « chapeau » prévu à l'**article 14** du présent projet de loi devrait rapporter 25 millions d'euros au FSV.

La contribution de la CNAF au titre des majorations de pensions pour enfants doit poursuivre son augmentation et s'accroître de 600 millions d'euros en 2010.

La progression des charges du FSV devrait ralentir en 2010 (+ 5 %). Les charges au titre du chômage devraient encore progresser de 8 %, soit de 700 millions d'euros, en raison de l'augmentation du nombre de chômeurs estimée à 230 000 en moyenne annuelle en 2010.

L'**article 40** du présent projet prévoit que le FSV finance désormais les validations gratuites de trimestres accordées au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité ou d'invalidité. La prise en charge de ces avantages était, jusqu'à présent, assurée par la CNAV. Cette mesure s'inscrit dans une logique de prise en charge de l'ensemble des avantages non contributifs par le FSV. La contribution

apportée par le Fonds sera forfaitaire et alignée sur celle appliquée pour les validations des périodes de chômage, chaque période de cinquante jours de chômage indemnisée ouvrant droit à une validation gratuite d'un trimestre. Le transfert entre le FSV et les régimes concernés (régime général, régime des salariés agricoles et régime social des indépendants), dont les modalités seront définies par un décret en Conseil d'État, montera progressivement en charge sur les années 2010 et 2011. À cette date, le montant de ce transfert atteindra 1,2 milliard d'euros.

C.- L'IMPACT DE LA CRISE SUR LES PERFORMANCES DU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES

Mis en place au sein même du FSV par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 afin de constituer des réserves financières avant de les reverser progressivement aux régimes de retraite à partir de 2020, le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) est devenu autonome le 1^{er} janvier 2002 et a vu ses missions s'élargir en 2005.

Le FRR perçoit, en vertu de l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale, une fraction de 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement. En revanche, aucun versement en provenance de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS), dont une partie peut être affectée au fonds, n'est intervenu depuis 1999.

Il perçoit également une contribution sur la fraction de l'abondement de l'employeur au plan d'épargne pour la retraite collectif qui excède la somme annuelle de 2 300 euros par salarié.

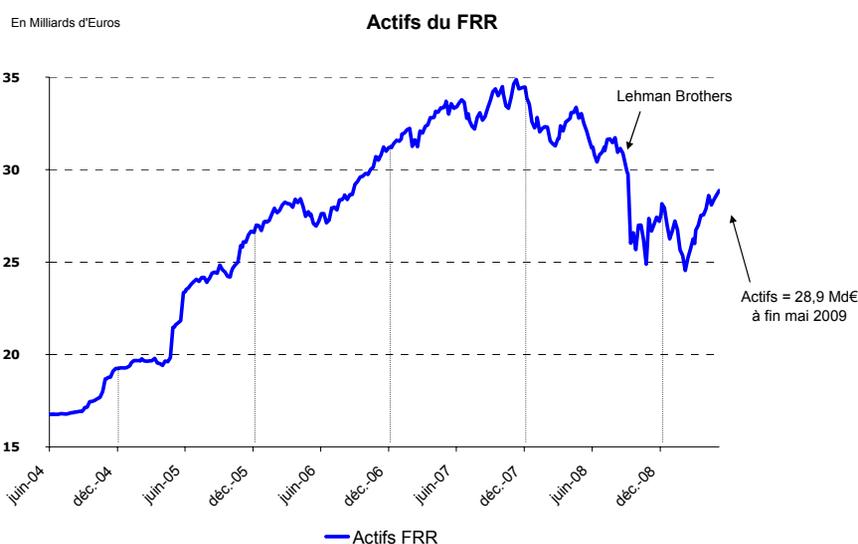
À l'origine, le FRR recevait également les excédents de la branche vieillesse (CNAV et FSV). En effet, ce fonds a été créé en période d'excédents en vue de parer au déséquilibre démographique de 2020-2040. La dégradation des comptes de la branche a fait disparaître cette ressource.

Enfin, le FRR peut être affectataire du produit de cessions d'actifs (cession de parts de caisses d'épargne, produit de la vente des licences UMTS, privatisations...).

Le Fonds est chargé d'augmenter ses réserves destinées à contribuer à la pérennité des régimes de retraite éligibles à partir de 2020. Il a malheureusement été fortement touché par la crise financière déclenchée à l'automne 2008.

1.— La crise financière a effacé les gains accumulés par le FRR depuis sa création mais n'a pas entamé le capital

L'effondrement des marchés financiers (avec une diminution de leur valeur de 45 % en moyenne en 2008) a affecté les performances du fonds, dont plus de 60 % du portefeuille était constitué d'actions. Au 31 décembre 2008, le montant des actifs détenus par le FRR était de 27,7 milliards d'euros. À fin mai 2009, il s'élevait à 28,9 milliards d'euros et au 14 septembre à 31 milliards d'euros. Un sommet avait été atteint à la fin de l'année 2007, avec 35 milliards d'euros d'actifs.

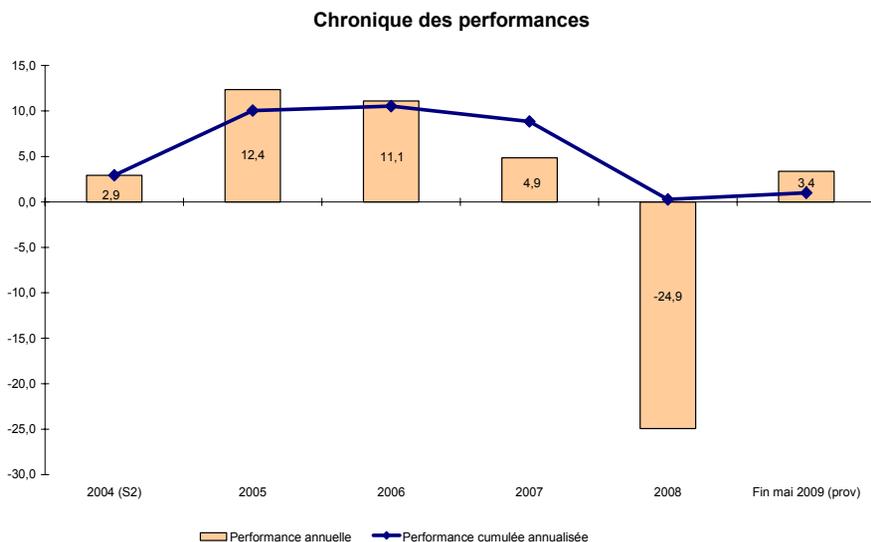


Source : Fonds de réserve pour les retraites.

Le FRR a enregistré une performance annuelle négative de 25 % en 2008, qui inclut 2,2 milliards d'euros de pertes sur les cessions de valeurs mobilières ainsi que des moins-values latentes ⁽¹⁾. Les opérations de change ⁽²⁾ ont généré un coût de 400 millions d'euros en raison de l'appréciation des devises étrangères face à l'euro. Les instruments financiers à terme ont enregistré une perte de 1,3 milliard d'euros. Les revenus périodiques tirés des valeurs mobilières du FRR ont rapporté 1 milliard d'euros. Le graphique suivant présente les performances annuelles ainsi que l'évolution de la performance moyenne annualisée du FRR depuis le démarrage de son activité de placement en 2004.

(1) Les comptes sont établis en « marked to market » conformément aux règles du plan comptable.

(2) Couverture systématique de 90 % du portefeuille libellé en devises contre le risque de dépréciation liée au change.



Source : Fonds de réserve pour les retraites.

La performance globale depuis la création du Fonds reste positive : au 14 septembre 2009, la performance annualisée brute du FRR est estimée à 2,4 % et sa performance annualisée nette de l'inflation à 1,3 %.

Cela reste insatisfaisant. En effet, l'existence d'un Fonds de réserve ne se justifie, dans un contexte budgétaire public déficitaire, que si ce Fonds rapporte davantage que le coût de l'argent (c'est-à-dire le coût de la dette publique). Or, les taux de financement de l'État à long terme avoisinent les 4 %. Sachant que le FRR n'a pas de contrainte de décaissement avant 2020, cela lui laisse le temps de retrouver un niveau de capital qui corresponde au moins à la valeur réelle des abondements reçus depuis l'origine.

Le FRR a fondé les nouvelles orientations de sa politique de placement sur un objectif de performance de 6,3 % par an.

2.- LE FRR a revu sa politique de placement, sans remettre en cause sa stratégie globale

Le conseil de surveillance du FRR a adopté, lors de la réunion du 16 juin 2009, les nouvelles orientations de sa politique de placement.

Après l'effondrement des marchés en 2008, et une phase de désendettement global qui pèsera sur le rebond, il reste raisonnable de tabler sur le retour d'une croissance mondiale soutenue (notamment dans les pays émergents). Le fonds de réserve disposant de l'avantage de ne pas avoir à effectuer de décaissement avant 2020, il doit pouvoir bénéficier dans la durée du surcroît de performance attendu des catégories d'actifs présentant une volatilité importante et, en particulier, les actions.

Deux éléments nouveaux doivent néanmoins être intégrés :

– l’obligation de restituer au minimum entre 2020 et 2040 la valeur réelle des abondements reçus depuis l’origine ;

– la nécessité d’une gestion plus dynamique du portefeuille de référence afin de mieux faire face aux risques de court terme et à la volatilité des marchés qui restent forts.

Le nouveau portefeuille de référence qui, comme en 2006, repose sur l’hypothèse de décaissements constants entre 2020 et 2040, a été arrêté comme suit :

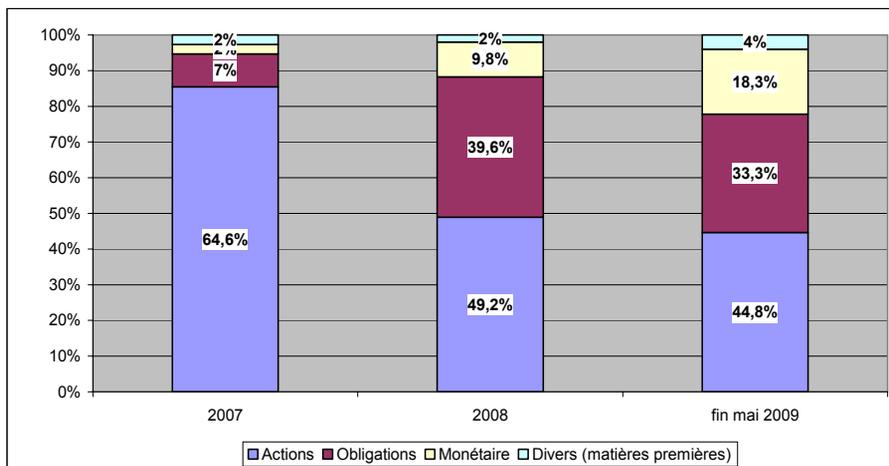
PORTEFEUILLE DE RÉFÉRENCE

Actions	45 %
Immobilier	5 %
Matières premières	5 %
Obligations à taux fixe	25 %
Obligations indexées sur l’inflation	20 %

Source : fonds de réserve des retraites

En réalité, du fait de la crise et de la chute de la valeur des actifs risqués, cette structure a été atteinte de façon quasiment mécanique, comme le montre l’histogramme ci-après.

ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DU PORTEFEUILLE DU FRR



Source : Fonds de réserve pour les retraites.

La performance de ce portefeuille dans les années à venir est estimée à 6,3 % par an, ce qui permettrait au Fonds d'atteindre un capital de 83 milliards d'euros courants (67 millions d'euros de 2008), sous l'hypothèse d'abondements annuels équivalents à celui de 2009.

Afin de permettre une gestion dynamique de ce portefeuille, le conseil de surveillance a décidé que le poids global des actifs les plus volatils (actions, immobilier, matières premières, soit 55 % du portefeuille de référence) pourrait évoluer à l'intérieur d'une bande de fluctuation large et révisable chaque année. Cette bande a été fixée entre 40 % et 60 % pour cette année. À l'intérieur de cette bande de fluctuation, les choix seront réalisés après avis d'un comité pour la stratégie d'investissement, émanant du conseil de surveillance et qui mobilisera le concours d'experts externes reconnus.

La question de l'utilisation future du FRR reste ouverte : trois pistes font déjà l'objet de réflexions. Tout d'abord, le Fonds pourrait être utilisé comme un outil de lissage des déficits de la branche vieillesse. Ensuite, ce Fonds pourrait être l'instrument précurseur d'un dispositif de capitalisation collective. Enfin, l'institution de règles prudentielles au sein de la branche vieillesse pourrait faire du FRR une dotation de réserves pour les régimes de retraite par répartition.

V.- LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE ET LE FINANCEMENT DE LA DÉPENDANCE

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004, vise à rassembler des moyens mobilisables au niveau national pour la prise en charge de la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et handicapées. Après un résultat excédentaire de 56,2 millions d'euros en 2008 et des fonds propres atteignant 1 milliard d'euros, la Caisse sera déficitaire de 666,3 millions d'euros en 2009, avec 347 millions d'euros de fonds propres.

La CNSA gère l'ensemble de l'ONDAM médico-social, qui se caractérise par une sous-exécution chronique, notamment due aux retards dans la réalisation des programmes d'équipement du secteur.

A.- MALGRÉ LA SOUS-EXÉCUTION CHRONIQUE DE L'OBJECTIF GLOBAL DES DÉPENSES MÉDICO-SOCIALES, LA CNSA EST DÉFICITAIRE EN 2009 ET 2010

1.- Un mode de financement original et complexe

Après une augmentation de 4,3 % en 2008, les produits de la CNSA diminuent de 4,7 % en 2009, pour atteindre un montant de 3,4 milliards d'euros.

a) Les recettes propres de la CNSA

Les recettes propres de la CNSA, dont l'affectation obéit à des règles strictes de répartition entre les dépenses financées par la caisse, ne représentent qu'un cinquième de son budget. La baisse des produits de la CNSA s'explique par la contraction de deux de ses recettes principales :

– une baisse de 1 % de la fraction de 0,1 % de la contribution sociale généralisée (CSG) perçue sur les revenus d'activité, de remplacement, sur les revenus du patrimoine, sur les produits de placement et sur les jeux, fraction qui constitue la ressource initiale de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;

– un recul évalué à 2,5 % de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), prélevée à hauteur de 0,3 % sur les revenus salariaux. En outre, la Caisse reçoit une contribution additionnelle de 0,3 % du prélèvement social de 2 % assis sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.

La CNSA bénéficie aussi d'une participation des régimes d'assurance vieillesse qui financent à l'origine l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

b) L'ONDAM médico-social

Le sous-objectif médico-social de l'ONDAM assure 80 % du financement de la CNSA. Depuis 2006, la Caisse le gère directement. Il est destiné au financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées. Pour 2009, le sous-objectif médico-social de l'ONDAM a été fixé à 13,9 milliards d'euros.

2.– La CNSA sera déficitaire en 2009

Afin de garantir une transparence du budget de la CNSA, celui-ci est organisé en sections distinctes et sous-sections, selon des règles strictes de répartition et d'affectation des ressources et des charges. Le périmètre de ses dépenses a été élargi en 2009 avec le transfert de soins de ville vers le périmètre médico-social.

L'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD) est financé par l'ONDAM médico-social et une fraction de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA). Il permet à la Caisse de financer les établissements ou services sociaux et médico-sociaux, pour les personnes handicapées et les personnes âgées.

La CNSA verse des concours aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La fraction de CSG attribuée à ces concours a été fixée à 94 % de la recette de CSG de la CNSA en 2008 et 2009. Ce taux devrait être identique en 2010. La Caisse verse également, depuis 2006, des concours aux départements, au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH). Ces deux types de concours diminuent de 3,4 % en 2009. Ainsi, les

départements ont reçu 120 millions d'euros de moins que ce qui était prévu initialement. Cette diminution est liée à la baisse des recettes de la CSA et de la CSG.

En ce qui concerne les concours de la Caisse aux maisons départementales des personnes handicapées et les dépenses de modernisation de l'aide à domicile, ceux-ci ont représenté 45 millions d'euros en 2008 et 2009. Une contribution de 15 millions d'euros supplémentaires a été apportée en 2009, portant la contribution globale à 60 millions d'euros.

La Caisse finance également les dépenses d'animation et de prévention en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Les dépenses en faveur de ces actions s'élèvent à 10 millions d'euros en 2009, contre 12 millions d'euros en 2008.

Les dépenses de gestion de la CNSA sont estimées à 17,1 millions d'euros en 2009, contre 14 millions d'euros en 2008. Ces charges sont principalement constituées par les frais de personnel, qui se sont élevés à 7 millions d'euros en 2008 et 8,5 millions d'euros en 2009.

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a prévu que la CNSA intervienne en matière d'aide à l'investissement, en mobilisant ses fonds propres. Conformément à l'arrêté du 7 avril 2009, le plan d'aide à l'investissement voté pour 2009 s'élève à 330 millions d'euros, dont 250 millions d'euros en faveur des établissements pour personnes âgées et 80 millions d'euros pour les établissements pour personnes handicapées. Il bénéficie du plan de relance à hauteur de 70 millions d'euros et des contrats de projets État-régions (CPER) pour un montant de 30 millions d'euros.

Enfin, la Caisse avait la possibilité de financer, sur les excédents des années précédentes, de nouveaux plans d'aide à la modernisation des établissements à hauteur de 230 millions d'euros pour 2009.

La CNSA sera déficitaire de 666,3 millions d'euros en 2009, malgré une sous-consommation de l'objectif global de dépenses (OGD) de l'ordre de 300 millions d'euros. Cette sous-consommation a limité l'apport exceptionnel prévisionnel de la CNSA à l'OGD sur la section I, consacré au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux. Ainsi, le déficit de cette section atteint 197 millions d'euros en 2009.

BUDGET PRÉVISIONNEL DE LA CNSA EN 2009

(en millions d'euros)

CHARGES	Prévision	PRODUITS	Prévision
Section I. Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	15 378,4	Section I. Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	15 378,4
<i>Sous-section I. Établissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	8 108	<i>Sous-section I. Établissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	8 10
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 060	Contribution de solidarité autonomie (14 % CSA)	308
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 727
Financement ANESM	0,7	Déficit	73,1
Opérations diverses	23,4		
<i>Sous-section II. Établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	7 270,4	<i>Sous-section II. Établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	7 270,4
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 242	Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	879,9
Agence nationale d'évaluation des services médico-sociaux (ANESM)	1,1	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	6 267
Opérations diverses	27,2	Déficit	123,5
Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 550,1	Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 550,1
Concours versés aux départements (APA)	1 528,7	Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	439,9
Congé de soutien familial	0,5	Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 029,4
Opérations diverses	20,8	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	65,8
Excédent	0,0	Produits financiers	15
Section III. Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	601,9	Section III. Prestation de compensation et maisons départementales des personnes handicapées	601,9
Concours versés aux départements (PCH)	502,9	Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	571,9
Concours versés aux départements (MDPH)	60	Produits financiers	15
Majoration AEEH (versement CNAF)	21,4	Déficit	15
Congé de soutien familial	0,5		
Opérations diverses	17,2		
Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	77,7	Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	77,7
<i>Sous-section I. Personnes âgées</i>	65,7	<i>Sous-section I. Personnes âgées</i>	65,7
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	36	Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	65,7
Plan métier	7		
Opérations diverses	1		
Excédent	21,7		
<i>Sous-section II. Personnes handicapées</i>	12	<i>Sous-section II. Personnes handicapées</i>	12
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	9	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
Plan métier	3	Déficit	0,1
Section V. Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	666,1	Section V. Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	666,1
<i>Sous-section I. Actions en faveur des personnes âgées</i>	482,9	<i>Sous-section I. Actions en faveur des personnes âgées</i>	482,9
Dépenses d'animation, prévention et études	10	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10
Charges prévisionnelles « animation, prévention, études » sur exercices antérieurs	4,6	Reprise de provisions	4,6
Plan ALZHEIMER – expérimentation	11,3	Subventions DGS « expérimentation MAIA »	4,2
Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PA1 2008	113	Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	113
Plan d'aide à l'investissement des établissements 2009	180	Déficit	351,1
CPER	115		
Plan de relance d'aide à l'investissement	49		
<i>Sous-section II. Actions en faveur des personnes handicapées</i>	183,2	<i>Sous-section II. Actions en faveur des personnes handicapées</i>	183,2
Dépenses d'animation, prévention et études	10	Prélèvement sur la section III	10
Charges prévisionnelles « animation, prévention, études » sur exercices antérieurs	2,4	Reprise de provisions	2,4
Dépenses emplois STAPS	4,8	Reprise de provisions « Plan d'aide à la modernisation et à l'investissement »	45
Charges prévisionnelles « PAM 2006-2007 et PA1 2008	45	Déficit	125,8
Plan d'aide à l'investissement des établissements 2009	50		
CPER	50		
Plan de relance d'aide à l'investissement	21		
Section VI. Frais de gestion de la caisse	17,1	Section VI. Frais de gestion de la caisse	17,1
Dépenses de fonctionnement / CNSA	8,1	Contribution des sections I à IV pour frais de caisse / CNSA	17
Dépenses de personnel / CNSA	8,5	Produit exceptionnel pour remboursement MAD	0,1
Excédent	0,6		
Total des charges	18 220,1	Total des produits	17 553,8
		Résultat (déficit)	666,3

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe 8

3.– Les réserves de la CNSA s'épuisent en 2010

La CNSA sera déficitaire de 222 millions d'euros en 2010.

Pour 2010, le taux de progression de l'ONDAM médico-social a été fixé à 5,8 %, respectivement 10,9 % pour les prises en charge des personnes âgées et 1,7 % pour celles concernant les personnes handicapées. Au total, l'assurance maladie apportera 818 millions d'euros supplémentaires à la CNSA pour financer l'objectif global de dépenses. Cet effort supplémentaire doit permettre de déployer le plan Solidarité Grand Âge, le plan Handicap et le plan Alzheimer.

Le montant du concours de la Caisse aux départements, prévu pour 2010, s'élève à 45 millions d'euros.

Une contribution supplémentaire de 56 millions d'euros sera apportée par la CNSA au financement de l'OGD « personnes âgées ». En outre, la Caisse financera de nouveaux plans d'investissement, consacrés aux établissements et services médico-sociaux avec notamment la création de places supplémentaires adaptées aux malades Alzheimer. Ces opérations seront effectuées grâce à des prélèvements sur ses réserves. Celles de la section I (150 millions d'euros fin 2009) devraient s'épuiser d'ici fin 2010.

Les fonds propres de la CNSA s'élèveront à 125 millions d'euros fin 2010 et ne seront plus constitués que des excédents de la section IV, consacrée aux actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service, et de la section V, correspondant aux dépenses diverses en faveur des personnes en perte d'autonomie.

La Rapporteuse pour avis s'inquiète de l'assèchement des réserves de la CNSA. D'autres ressources devront être apportées pour financer les équipements au-delà de 2010, faute de quoi les plans d'investissement ne pourront être mis en œuvre.

BUDGET PRÉVISIONNEL DE LA CNSA EN 2010

(en millions d'euros)

CHARGES	Prévision	PRODUITS	Prévision
Section I. Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	16 178,9	Section I. Financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux	16 178,9
<i>Sous-section I. Établissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	8 237	<i>Sous-section I. Établissements et services accueillant des personnes handicapées</i>	8 237
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	8 188	Contribution de solidarité autonomie (14 % CSA)	309,2
Groupe d'entraide mutuelle (GEM)	24	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7 925
ANESM	0,7	Déficit	2,8
ANAP	0,5		
Opérations diverses	23,9		
<i>Sous-section II Établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	7 941,9	<i>Sous-section II Établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes</i>	7 941,9
Remboursement aux régimes d'assurance maladie (OGD)	7 912	Contribution solidarité autonomie (40 % CSA)	883,5
ANESM	1,1	Contribution des régimes d'assurance maladie (ONDAM)	7000
ANAP	0,5	Déficit	58,4
Opérations diverses	28,3		
Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 559,1	Section II. Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	1 559,1
Concours versés aux départements (APA)	1 537,6	Contribution solidarité autonomie (20 % CSA)	441,8
Congé de soutien familial	0,5	Contribution sociale généralisée (94 % CSG)	1 035,4
Opérations diverses	21	Contribution des régimes d'assurance vieillesse	67
		Produits financiers	15
Section III. Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	589,3	Section III. Prestation de compensation et Maisons départementales des personnes handicapées	589,3
Concours versés aux départements (PCH)	505,2	Contribution solidarité autonomie (26 % CSA)	574,3
Concours versés aux départements (MDPH)	45	Produits financiers	15
Majoration AEEH (versement CNAF)	21,4		
Congé de soutien familial	0,5		
Opérations diverses	17,2		
Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	88	Section IV. Promotion des actions innovantes et renforcement de la professionnalisation des métiers de service	88
<i>Sous-section 1 Personnes âgées</i>	73,1	<i>Sous-section 1 Personnes âgées</i>	73,1
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	65,1	Contribution sociale généralisée (6 % CSG)	66,1
Plan métier	7	Déficit	7
Opérations diverses	1		
<i>Sous-section 2 Personnes handicapées</i>	14,9	<i>Sous-section 2 Personnes handicapées</i>	14,9
Dépenses de modernisation, professionnalisation et formation	11,9	Prélèvement sur la sous-section 1 de la section I	11,9
Plan métier	3	Déficit	3
Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	171	Section V Autres dépenses en faveur des personnes en perte d'autonomie	171
<i>Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées</i>	131	<i>Sous-section 1 Actions en faveur des personnes âgées</i>	131
Dépenses d'animation, prévention et études	10	Prélèvement sur la sous-section 2 de la section I	10
Plan d'Aide à l'investissement des établissements 2010	121	Déficit	121
<i>Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées</i>	40	<i>Sous-section 2 Actions en faveur des personnes handicapées</i>	40
Dépenses d'animation, prévention et études	10	Prélèvement sur la section III	10
Plan d'Aide à l'investissement des établissements 2010	30	Déficit	30
Section VI. Frais de gestion de la caisse	18,7	Section VI. Frais de gestion de la caisse	18,7
Dépenses de fonctionnement / CNSA	8,9	Contribution des sections I à IV-1 pour frais de caisse / CNSA	18,6
Dépenses de personnel / CNSA	9,5	Produit exceptionnel pour remboursement M.A.D.	0,1
Excédent	0,3		
Total des charges	18 554,2	Total des produits	18 332,4
		Résultat (déficit)	221,9

Source : projet de loi de financement de la sécurité sociale, annexe 8

B.– LE DÉVELOPPEMENT DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX PÂTIT DE LA SOUS-CONSOMMATION DE L'OGD MÉDICO-SOCIAL

1.– La sous-consommation chronique de l'objectif global des dépenses médico-sociales

La sous-consommation des crédits de la CNSA depuis sa mise en place effective, en mai 2005, atteint un montant cumulé de 2 milliards d'euros en 2009. L'enjeu de cette sous-consommation chronique des enveloppes mises à disposition des départements et des régions est la crédibilité des différents plans de financement en faveur de la modernisation des établissements pour personnes âgées et pour les personnes handicapées.

En raison d'une réalisation moins rapide que prévue des équipements pour personnes âgées et d'une mauvaise estimation des besoins par département, lors de la création de la CNSA, les crédits disponibles pour l'investissement n'ont pas été suffisamment utilisés. Le secteur médico-social est essentiellement animé par le monde associatif qui gère une grande partie des établissements d'accueil des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées. Il faut prendre en compte cette particularité dans la réflexion sur l'allocation des moyens et l'exécution de la dépense.

La Rapporteuse pour avis attend la remise d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IFG), qui porte sur les excédents de la CNSA. Cette mission d'enquête vise à comprendre l'origine des sous-exécutions des dépenses médico-sociales et les moyens d'y remédier. À la suite des travaux déjà effectués par cette mission, la contribution de l'assurance maladie au secteur des personnes âgées est réduite en 2009 de 150 millions d'euros, afin de prendre en compte les excédents de financement de ce secteur. La CNSA devra financer cette somme à partir de ses réserves.

Les crédits devraient être suffisants pour financer les créations de places prévues en 2010. En revanche, dès 2011, une augmentation des ressources de la CNSA sera nécessaire car elle n'aura plus les réserves suffisantes pour se substituer à l'ONDAM médico-social.

2.– La poursuite du développement des établissements médico-sociaux en 2010

a) L'action en faveur des personnes âgées donne la priorité à la réalisation du plan Alzheimer

En 2010, 550 millions d'euros doivent financer les investissements suivants :

– la mise en œuvre du plan Alzheimer 2008-2012, qui se concrétisera, en 2010, par la création de 600 pôles d'activité et de soins Alzheimer (PASA) et de 140 unités d'hébergement renforcé. En outre, 170 équipes mobiles

pluridisciplinaires vont être mises en place. Par ailleurs, afin d'aider les proches des personnes atteintes par la maladie d'Alzheimer, 2 125 places d'accueil de jour et 1 125 places d'hébergement temporaire vont être financées ;

– la création de 7 500 places nouvelles en maisons de retraite, soit 2 500 places de plus que les objectifs initialement fixés ;

– la médicalisation de 80 000 places en maisons de retraites, et la création de 5 000 emplois de soignants au sein de ces maisons ;

– la création de 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;

– et enfin, le financement d'une augmentation du forfait transport des services d'accueil de jour.

b) La mise en œuvre du plan de création de places en faveur des personnes handicapées

Conformément à l'engagement formulé par le Président de la République lors de la Conférence nationale du handicap, le 10 juin 2008, un plan pluriannuel a prévu l'ouverture en sept ans de plus de 50 000 places pour personnes handicapées, dont 38 000 pour adultes et 12 000 pour enfants.

En 2010, 360 millions d'euros sont consacrés aux investissements en faveur de l'accueil des personnes handicapées, afin de financer la création de 5 500 places supplémentaires.

Ces places s'intègrent notamment dans les projets de renforcement de l'accompagnement et de la prévention pour la scolarisation des enfants handicapés en milieu ordinaire : 15 centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) créés ou agrandis, 12 centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et 1 000 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).

Pour les adultes, le Gouvernement prévoit le financement de 1 800 places, comme en 2009, en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et en foyer d'accueil médicalisé (FAM). En outre, 300 places de foyers de vie supplémentaires vont être créées. Par ailleurs, afin de permettre la réalisation du projet de vie des adultes handicapés souhaitant rester à leur domicile, l'offre de services à domicile devra se développer.

L'**article 33** du présent projet de loi intègre les frais de transport des adultes handicapés dans le budget des établissements, comme c'est déjà le cas pour les établissements accueillant des enfants handicapés. Cette mesure vise à remédier aux difficultés des personnes handicapées admises en accueil de jour au sein de maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou de foyer d'accueil médicalisé (FAM). En effet, la prise en charge actuelle des frais de transport fréquents n'est pas assurée de façon satisfaisante par les caisses d'assurance maladie et la prestation de compensation du handicap (PCH). Ainsi, la réforme prévue devrait limiter le coût des transports restant à la charge des familles, tout en favorisant la mutualisation des transports entre résidents.

EXAMEN EN COMMISSION

Lors de sa réunion du 21 octobre 2009, la Commission procède à l'examen pour avis, sur le rapport de Mme Marie-Anne Montchamp, de l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (n° 1976).

M. le président Didier Migaud. La Commission des finances s'est, comme à son habitude, saisie pour avis du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. C'est donc le volet social de la programmation des finances publiques qui nous intéresse aujourd'hui.

Quelles que soient les sensibilités, nous partageons tous les vives préoccupations de Mme Marie-Anne Montchamp, notre rapporteure pour avis sur ce texte, quant à la situation délicate des finances sociales. Pour des raisons de calendrier, nous ne pouvons malheureusement procéder à l'audition du directeur de l'ACOSS d'ici à l'examen du texte en séance, comme il aurait été souhaitable de le faire, mais nous disposons des résultats de l'enquête de la Cour des comptes sur la gestion de trésorerie de l'ACOSS et sur la couverture des découverts de trésorerie des régimes de sécurité sociale. Nous bénéficions également du suivi attentif de cette question par notre rapporteure.

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis. La crise financière déclenchée à l'été 2008 a eu un impact très important sur les comptes de la sécurité sociale en 2009, et ce d'autant plus que ses recettes sont très dépendantes de l'évolution de l'emploi : le recul net attendu en 2009 de 2 % de la masse salariale privera le régime général de plus de 11 milliards d'euros de recettes.

Le déficit du régime général devrait donc s'élever à 23,5 milliards d'euros en 2009 hors FSV, soit un doublement par rapport à 2008. Sa situation continuerait de s'aggraver en 2010, avec un déficit qui passerait la barre des 30 milliards d'euros, en raison principalement d'un nouveau recul de 0,4 % de la masse salariale en 2010. En retenant une hypothèse extrêmement favorable – une augmentation de cinq points de la masse salariale –, la commission des comptes de la sécurité sociale prévoit par ailleurs un déficit de 30 milliards d'euros en 2011 et à nouveau de 30 milliards en 2012.

C'est donc dans un contexte très difficile que se place ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, que je qualifierai de projet « au fil de l'eau ». Il faut pourtant convenir du caractère très vertueux des mesures qu'il comporte, lesquelles s'inscrivent dans la continuité des efforts fournis les années précédentes.

C'est le cas tout d'abord sur le plan des recettes, avec la poursuite de la remise en cause de certaines « niches sociales » : le PLFSS prévoit en effet une augmentation du forfait social mis en place l'an passé sur les dispositifs de

participation et renforce la taxation des « retraites chapeaux ». Il remet par ailleurs sur un pied d'égalité les différents types de contrats d'assurance-vie en matière d'assujettissement aux prélèvements sociaux. Il soumet enfin les plus-values mobilières aux prélèvements sociaux au premier euro.

Ces mesures permettent de dégager un peu plus de 550 millions d'euros, et je défendrai un amendement qui, à l'initiative du rapporteur général, va plus loin encore, en soumettant également aux prélèvements sociaux les plus-values immobilières.

Sur le plan des dépenses, ce PLFSS poursuit les efforts réalisés ces dernières années. L'assurance maladie est parvenue à une maîtrise efficace de ses dépenses, puisque l'ONDAM fixé pour 2009 sera, pour la première fois depuis sa création, quasiment respecté – 330 millions d'euros d'écart, c'est peu – et connaîtra un niveau de progression faible par rapport aux années antérieures – 3,4 % au lieu des 3,3 % prévus.

L'effort sera poursuivi et renforcé en 2010, avec un ONDAM fixé à 3 %. Les économies qui devront être réalisées s'inscrivent dans la continuité des méthodes appliquées ces dernières années : les principales porteront sur la maîtrise médicalisée des prescriptions – indemnités journalières, médicaments, transports sanitaires, etc. –, sur des baisses de prix des médicaments et sur des baisses de tarifs en radiologie et en biologie. En définitive, les assurés ne supporteront que 300 millions des 2,2 milliards d'euros d'économies.

Dans l'ensemble des quatre branches, les mesures de lutte contre la fraude, qui ont montré leur efficacité ces dernières années, seront renforcées.

Parallèlement, l'effort d'investissement à destination des secteurs qui en ont besoin est poursuivi, en particulier avec le plan Hôpital 2012, des constructions de crèches et des établissements financés par l'ONDAM médico-social.

Au total, il s'agit donc, dans une logique « au fil de l'eau », d'un bon PLFSS, au regard des mesures qu'il propose.

Mais il demeure insuffisant et il met ainsi en évidence les limites qui sont aujourd'hui atteintes, qu'elles soient financières, avec un risque réel d'insoutenabilité du système, ou endogènes à notre modèle de protection sociale, qui risque de se révéler lui-même dépassé car, quand le ratio actifs-inactifs s'inverse, c'est bien la question du financement qui est posée.

Les limites financières apparaissent de la façon la plus évidente tant le déficit attendu de 65 milliards d'euros est impressionnant, malgré des hypothèses macroéconomiques optimistes – croissance de 2,5 % du PIB et progression de 5 % de la masse salariale. Ainsi, la croissance ne suffira pas à opérer le nécessaire redressement des comptes.

Si l'on se refuse à faire peser sur les générations futures le poids du fonctionnement de notre modèle de protection sociale, il faudra inévitablement le repenser fondamentalement et/ou dégager de nouvelles recettes.

En tout état de cause, les prévisions financières pour 2009 et 2010 posent la question de la soutenabilité des déficits. L'ACOSS devrait en effet voir son plafond d'autorisation d'emprunt fixé à 65 milliards d'euros pour 2010, faute d'un transfert d'une part de ce déficit à la CADES. Le poids de la charge financière pèsera donc d'autant plus sur l'ACOSS qu'elle sera amenée, au-delà de ses fonctions de couverture des besoins de trésorerie infra-annuels, à couvrir un déficit plus structurel résultant d'un écart durable entre les recettes et les dépenses de la sécurité sociale. Or, tel n'est pas son rôle, c'est ce qu'a mis en évidence le rapport de la Cour des comptes sur la gestion de trésorerie des organismes de sécurité sociale.

Les perspectives de l'année 2010 pour l'ACOSS montrent les limites de l'exercice. Confrontée à un durcissement des conditions tarifaires avantageuses que lui consent la Caisse des dépôts, qui a elle-même de plus en plus de mal à suivre ce mouvement, l'ACOSS sera en effet amenée à émettre directement sur les marchés de façon massive, ce qui accroîtrait son exposition au risque de taux qui pourraient repartir à la hausse, ce que les estimations ne prennent pas en compte. En tout état de cause, l'exercice ne pourrait être répété en 2011 et une reprise de dette deviendra alors impérative.

Cette décision devra intervenir tôt ou tard. Or, plus la reprise de la dette sera tardive, plus elle sera coûteuse. Le Premier ministre l'a souligné hier, la France de 2010 n'est plus celle de 2007. Attendre 2011 exigerait, pour une reprise de dette de plus de 50 milliards d'euros – 23 milliards d'euros au titre de 2009 et 30 milliards au titre de 2010 – une augmentation de 4,25 points de CRDS, soit pratiquement un doublement de son taux. Ce serait tout bonnement intenable !

C'est pourquoi je vous soumettrai, avec quelque opiniâtreté, un amendement destiné à augmenter de 2 points le taux de la CRDS dès cette année, ce qui sera douloureux. J'affirme en outre sans ambages qu'une telle mesure devra être corrélée avec une sortie de la CRDS du bouclier fiscal.

C'est en réalité notre modèle de protection sociale lui-même qui est dépassé par des évolutions structurelles. L'augmentation des dépenses est structurelle compte tenu du vieillissement de la population et de l'évolution des grands risques, et elle ne peut pas être beaucoup mieux maîtrisée si l'on veut maintenir un haut niveau de prise en charge et si l'on veut tenir le rendez-vous des retraites de 2010.

L'évolution démographique ne pèse pas uniquement sur l'assurance vieillesse, mais sur l'ensemble des dépenses de protection sociale. Si l'on s'intéresse par exemple à ce que coûte à l'assurance maladie la dernière année de vie, on voit bien que la séparation des risques n'est pas tenable.

Le Gouvernement fait d'ailleurs implicitement la même analyse lorsqu'il décide de taxer les retraites chapeau et de soumettre aux prélèvements sociaux les plus-values sur les valeurs mobilières. Le modèle d'assurance sociale tel qu'il a été conçu est dépassé ; il faut modifier l'assiette des cotisations sociales, qui est procyclique alors que l'augmentation des dépenses est contracyclique, c'est-à-dire que les prestations sociales augmentent lorsque le chômage s'accroît.

Cette année, l'augmentation des transferts sociaux joue comme un bouclier anticrise : c'est grâce à la qualité de notre modèle social que nous avons moins mal encaissé le choc que certains de nos voisins, cela se vérifie en particulier pour la consommation des ménages.

Comment pourrons-nous, avec ce PLFSS « au fil de l'eau », engager dans les temps cette indispensable réflexion structurelle ? Or, il n'est pas possible de la différer davantage d'autant que nous avons l'an prochain un rendez-vous très important sur la question des retraites. Ce projet constitue un outil efficace ; il va résolument dans le bon sens, mais il est déséquilibré au regard tant des moyens nécessaires pour engager le rééquilibrage que de la réflexion sur la question des ressources.

M. le président Didier Migaud. Merci à notre rapporteure pour avis pour sa franchise et pour sa lucidité.

Je vous propose d'en venir sans plus tarder à l'examen des articles et des amendements, qui permettront à chacun de préciser sa position.

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2008

Article premier : *Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2008*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article premier, puis de l'article 2 : Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2008.

*

* *

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2009

Section 1

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

Article 3 : *Ratification du relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général*

La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article 3, puis de l'article 4 : Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2009 et de l'article 5 : Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du Fonds de réserve pour les retraites.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6 : *Dotations du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 6, puis de l'article 7 : Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche et de l'article 8 : Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

*

* *

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2010

Article 9 : *Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)*

La Commission est saisie de l'amendement CF 16 de M. Gérard Bapt, tendant à supprimer l'article 9.

M. Gérard Bapt. Il s'agit d'insister sur le caractère irréaliste et insincère des prévisions, notamment celle de l'augmentation de la masse salariale.

Mme la rapporteure pour avis. Ce n'est pas parce que l'on conteste les hypothèses qu'il faut supprimer l'annexe... Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle donne un avis favorable à l'adoption de l'article 9, sans modification.

Section 1

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

Avant l'article 10

La Commission est saisie de l'amendement CF 13 de M. Daniel Garrigue, portant article additionnel avant l'article 10.

M. Daniel Garrigue. Je salue le courage de Marie-Anne Montchamp. Il me semble toutefois que la situation de nos régimes sociaux exige que l'on aille encore plus loin qu'elle ne le propose. Face à des déficits structurels, que la crise ne suffit pas à expliquer, on ne peut se contenter de s'en prendre aux niches sociales : il faut aussi avoir le courage d'attaquer le problème à la source, par le biais des prélèvements à caractère général. C'est pourquoi l'amendement vise à relever le taux de la CSG. Si le Gouvernement ne s'engage pas dans cette voie, c'est uniquement en raison du bouclier fiscal.

Au regard de l'enjeu, on ne pourra pas écarter indéfiniment l'idée d'une redistribution du financement de notre système de protection sociale, ce qui passera par une progressivité de la CSG.

La recette attendue de cette mesure est de 8 à 10 milliards d'euros. Peut-être rédigerai-je une proposition plus modeste d'ici le débat en séance publique mais, face à un déficit de 60 milliards d'euros, il est temps d'adopter des dispositions vigoureuses.

Mme la rapporteure pour avis. La progressivité proposée ne me paraît ni bien calibrée ni conforme à l'esprit de la CSG. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Article 10 : *Contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie au financement des mesures de préparation et de réponse à une pandémie de grippe A (H1N1)*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 10.

Article 11 : *Fixation du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde (« taux K ») – Compétence des unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) pour recouvrer les remises dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux*

La Commission est saisie de l'amendement CF 17 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. En abaissant le taux K, à partir duquel est déterminé le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde, cet amendement vise surtout à évoquer la question du poids que représente aujourd'hui le médicament pour l'assurance maladie.

Mme la rapporteure pour avis. L'idée est intéressante, mais vous proposez de franchir d'un seul coup une marche très haute. Il me semble que vous avez en partie satisfaction avec la proposition plus modérée que fait le Gouvernement. Avis défavorable.

M. Gérard Bapt. Le taux K actuel n'est pratiquement jamais mis en vigueur...

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 11, sans modification.

Article 12 : *Contribution sur les dépenses de promotion des fabricants, importateurs et distributeurs de dispositifs médicaux*

La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article 12.

Article 13 : *Modification de la clef de répartition des droits de consommation sur les tabacs et financement du régime complémentaire des exploitants agricoles (article 61 de la loi de finances pour 2005 ; articles L. 732-58 et L. 732-62 du code rural)*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 13.

Après l'article 13

La Commission est saisie de deux amendements portant articles additionnels après l'article 13.

Elle examine tout d'abord l'amendement CF 11 de M. Daniel Garrigue.

M. Daniel Garrigue. Lorsque les taxes spécifiques portant notamment sur des productions agricoles qui finançaient le BAPSA ont été supprimées, le Gouvernement s'était engagé à créer d'autres recettes destinées à financer les retraites des non-salariés agricoles. Tel n'a jamais été le cas et ces régimes sont aujourd'hui très gravement déficitaires. Certes, il est envisagé de consacrer 40 millions d'euros provenant des droits sur la consommation de tabac à la création d'une pension de réversion, mais cela apparaît très faible au regard de la situation des veuves, des conjoints et des aides familiaux.

Je propose donc d'affecter à la protection sociale des agriculteurs une taxe sur les boissons sucrées gazeuses non alcoolisées. Cette mesure présenterait également l'avantage de contribuer à la lutte contre l'obésité.

Mme la rapporteure pour avis. C'est un très bon amendement, mais le ministre avait expliqué l'an dernier au Sénat que son application serait techniquement très compliquée. Je m'en remets donc à la sagesse de la Commission.

M. Gilles Carrez, rapporteur général. C'est une idée de bon sens, mais j'ai du mal à en apprécier les modalités pratiques. Je me range donc à la position de la rapporteure pour avis.

La Commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement CF 12 de M. Daniel Garrigue.

M. Daniel Garrigue. Cet amendement a le même objectif que le précédent, mais il porte cette fois sur les prémix et rejoint ainsi l'objectif de lutter contre l'alcoolisme.

Mme la rapporteure pour avis. Cet amendement est satisfait par le dispositif existant, qui est même plus ambitieux.

M. Charles de Courson. Le dispositif que nous avons adopté pour les prémix était à l'évidence antieuropéen, mais l'objectif recherché a semble-t-il été atteint.

L'amendement est retiré.

Article 14 : Réforme du dispositif des retraites « chapeau »

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 14.

Article 15 : *Augmentation du forfait social (article L. 137-16 du code de la sécurité sociale)*

La Commission est saisie de l'amendement CF 9 de M. Daniel Garrigue, tendant à supprimer l'article 15.

M. Daniel Garrigue. Il s'agit moins de m'opposer à l'augmentation de la taxe sur l'intéressement, la participation et l'épargne salariale que de dénoncer une offensive menée contre la participation, en particulier avec la loi de 2008 qui a permis de la débloquer chaque année, et avec les dispositions favorisant les plans d'épargne, donc les fonds de pension. Cette offensive semble particulièrement malvenue au moment où l'on déplore que la sphère financière se développe au détriment de l'économie et de l'investissement à moyen et à long terme.

Mme la rapporteure pour avis. Je comprends les réticences de notre collègue, mais cette mesure rapportera 380 millions d'euros... Avis défavorable.

M. Jean-Michel Fourgous. La croissance est notre objectif principal. La participation y contribue non seulement en ce qu'elle soutient les capitaux des entreprises mais aussi parce qu'elle favorise l'implication de leurs collaborateurs. Je soutiens donc cet amendement.

M. Louis Giscard d'Estaing. J'ai été le rapporteur de la loi de 2008, qui a étendu l'intéressement aux entreprises de moins de 50 salariés, qui a fiscalisé le déblocage annuel de la participation et qui l'a soumis à l'initiative de celui qui en bénéficie. En outre, cette mesure ne visait pas les stocks mais uniquement le flux, c'est-à-dire les nouveaux versements intervenant à partir de 2010.

Ces sommes sont aujourd'hui totalement exonérées de cotisations sociales. Alors que la baisse globale de l'emploi salarié a une influence directe sur les comptes de la sécurité sociale, faire passer de 2 à 4 % le taux de cette taxe paraît légitime.

Pour toutes ces raisons, je suis hostile à l'amendement.

M. le président Didier Migaud. Je suis également en désaccord avec Daniel Garrigue. On ne peut pas à la fois déplorer l'aggravation du déficit de la sécurité sociale et accepter que certaines rémunérations demeurent totalement exonérées de cotisations sociales. En outre porter le taux de cette taxe de 2 à 4 % me paraît raisonnable.

M. Daniel Garrigue. Les sommes liées à l'intéressement et à la participation sont-elles soumises à la CSG et à la CRDS ?

Mme la rapporteure pour avis. Elles sont assujetties mais sont en revanche exclues de l'assiette des cotisations sociales.

M. Daniel Garrigue. Ne vaudrait-il pas mieux, dans ces conditions, leur appliquer les cotisations plutôt que d'augmenter le prélèvement sur les salariés ?

M. le président Didier Migaud. Absolument.

M. Gérard Bapt. Mieux vaudrait voter l'amendement suivant par lequel je propose de porter à 23 % le taux du forfait social.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement CF 18 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Pour ma part, je ne crois guère à une offensive contre la participation, qui marche plutôt bien puisque les sommes qui lui sont consacrées augmentent 2,5 fois plus vite que l'ensemble de la masse salariale. Hélas, ce dispositif ne joue que dans certaines entreprises, où les salaires sont déjà plutôt élevés.

M. le président Didier Migaud. Les 300 millions d'euros que procurera le passage du taux de 2 à 4 % ne représentent qu'un pour cent du déficit. Sans doute y a-t-il là une certaine marge...

Mme la rapporteure pour avis. Il s'agit de donner un signal aux acteurs économiques, pas de les prendre en traîtres. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de deux amendements de M. Gérard Bapt, CF 19 et CF 20, pouvant être soumis à une discussion commune.

M. Gérard Bapt. Nous proposons de viser également les revenus tirés des parachutes dorés.

Mme la rapporteure pour avis. Dès lors qu'il s'agit d'indemnités de licenciement, je suis défavorable à cet amendement.

M. Charles de Courson. Les plus astucieux n'ont pas recours à la formule du parachute doré mais à celle de la suspension du contrat de travail : lorsque le PDG est révoqué, il retrouve son contrat de travail, avec des clauses de licenciement très favorables. C'est « ceinture et bretelles »... Je pense donc qu'il faut avant tout interdire le cumul entre le statut de mandataire social et tout contrat de travail, fût-il en suspension.

M. le président Didier Migaud. Certes, mais que les parachutes dorés ne soient soumis à aucune cotisation patronale est bien une injustice.

Mme la rapporteure pour avis. Il est déjà prévu que les parachutes dorés ne sont déductibles de l'impôt sur les sociétés que dans la limite de 200 000 euros, qui plus est, depuis 2009, les « parachutes dorés » supérieurs à un million d'euros sont également soumis à cotisations sociales au premier euro, alors qu'en dessous d'un million d'euros, ils en sont exonérés dans la limite de 200 000 euros.

M. le président Didier Migaud. Cela n'a rien à voir !

M. Charles de Courson. Pourquoi ne pas se contenter d'assimiler ces sommes, d'un point de vue fiscal, aux traitements et salaires ?

Mme la rapporteure pour avis. Je me demande si cela ne relève pas davantage de la loi de finances que de la loi de financement. Je vais étudier cette proposition.

La Commission rejette successivement les amendements CF 19 et CF 20.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 15, sans modification.

Après l'article 15.

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 15.

Elle examine tout d'abord l'amendement CF 22 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Il s'agit d'actualiser les minima de perception applicables aux cigarettes et au tabac à rouler afin de tenir compte de l'inflation. La commission des Affaires sociales s'apprête à voter une disposition de ce type et l'on dit que le Président de la République se saisira de cette question à l'occasion de la présentation du plan cancer.

Mme la rapporteure pour avis. Le Gouvernement prévoit une importante augmentation du prix du tabac au 1^{er} janvier prochain. Vous aurez donc satisfaction.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement CF 21 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Cet amendement vise à ne pas exclure les attributions de stock-options et d'actions gratuites de l'assiette du forfait social, disposition qui a été adoptée l'an dernier par la commission des Affaires sociales à l'initiative de notre collègue Yves Bur.

Mme la rapporteure pour avis. Notre Commission avait également adopté cette disposition l'an passé. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement.

Article 16 : *Suppression du seuil annuel de cession de valeurs mobilières et droits sociaux pour l'imposition des plus-values aux prélèvements sociaux*

La Commission examine l'amendement CF 37 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. J'ai beaucoup apprécié la présentation claire et lucide que Marie-Anne Montchamp a faite du PLFSS. Comme elle l'a souligné, même avec une hypothèse de croissance extrêmement optimiste de 5 % de la

masse salariale, cela ne passe pas, pas plus d'ailleurs que pour le budget de l'État, même si la croissance atteint effectivement 3 % en volume. Nous devons en être conscients et engager la réflexion sans plus tarder. Comme toujours, les ajustements devront porter sur les dépenses, mais aussi sur les ressources.

S'il considère qu'il faut conserver un avantage fiscal afin de favoriser les investissements en actions des petits porteurs, le Gouvernement a en revanche inscrit dans le texte, et c'est une très bonne chose, la suppression de l'exonération de prélèvements sociaux pour les plus-values réalisées sur les cessions de valeurs mobilières. Cette exonération jouait jusqu'à un montant de 25 000 euros, contre 15 000 euros il y a trois ans.

Mais le Gouvernement s'arrête en chemin, les plus-values immobilières demeurant exonérées de prélèvements sociaux. Cela résulte en particulier d'une réforme que nous avons conduite en 2004 en exonérant les plus-values au titre de la durée de détention : de 10 % chaque année, l'exonération débute à la fin de la sixième année de détention et elle est donc totale – fiscale et sociale – au bout de quinze ans.

Par cet amendement, nous proposons d'assujettir les plus-values immobilières – à l'exclusion bien entendu de celles réalisées sur la résidence principale – aux seuls prélèvements sociaux, sans revenir sur l'exonération fiscale.

Dès lors, une coordination avec le bouclier fiscal apparaît nécessaire. Pour les plus-values mobilières, le Gouvernement considère que lorsque l'on verra figurer l'impôt au numérateur du bouclier, on verra également figurer le revenu au dénominateur. Nous proposons donc la même chose pour les plus-values immobilières, en corrigeant toutefois l'imperfection technique qui fait que les plus-values exonérées ne figurent pas dans le bouclier.

S'agissant du bouclier, j'anticipe un amendement que nous examinerons dans quelques instants. Il me paraîtrait raisonnable d'en exclure la CRDS le jour où l'on augmentera cette dernière. En effet, le bouclier fonctionne de façon rétroactive, en prenant en compte les revenus de l'année n-2 et les impôts payés à l'année n-1 ou n-2 en cas de prélèvement à la source. Si Marie-Anne Montchamp obtient la semaine prochaine que la CRDS soit augmentée, nous pourrions procéder immédiatement à une coordination en loi de finances rectificative afin de sortir cette augmentation du bouclier. Mais, pour l'heure, je ne saurais accepter que l'on sorte *ex ante* la CRDS du bouclier.

Le produit attendu de l'assujettissement des plus-values immobilières à la CSG est très difficile à évaluer. Il devrait être de quelques dizaines de millions d'euros. Mais c'est surtout une question de principe : la situation de nos comptes sociaux exige que nous fermions toutes les niches sociales !

M. le président Didier Migaud. J'appuie cet amendement. Autoriser l'ACOSS à emprunter pour couvrir un découvert de 65 milliards d'euros, c'est effrayant et intenable. Je ne suis pas sûr que l'on se rende compte de ce que l'on

s'apprête à faire par facilité coupable. On veut donner des règles de bonne gouvernance au budget de l'État. Or ce qui est vrai pour l'État l'est *a fortiori* pour la sécurité sociale. Il n'y a aucune raison pour que son budget ne soit pas proche de l'équilibre, ce qui est le cas du régime d'Alsace-Moselle.

Mme la rapporteure pour avis. Cet excellent amendement du rapporteur général va précisément dans le sens que nous recherchons. Il a traité du bouclier fiscal, qui fera l'objet d'un autre amendement, avec une habileté redoutable. Pour ma part, afin de préparer les esprits à cette mesure substantielle, j'ai deux choses à vous dire, mes chers collègues.

Premièrement, quand le président de la commission des finances et le rapporteur général évoquent un besoin de financement de 65 milliards d'euros, ils l'estiment au taux d'intérêt actuel. Or le régime sera tout bonnement dans l'incapacité de continuer à se financer au niveau de l'EONIA.

Deuxièmement, s'agissant du débat sur l'enchaînement de l'augmentation de la CRDS et de sa sortie du bouclier fiscal tel que le préconise le rapporteur général, je fais observer à mes collègues de la majorité que demander, pour solvabiliser notre système social, un relèvement de la CRDS sans contrepartie d'équité sociale serait politiquement intenable. Ne pas bouger aujourd'hui, c'est consentir à faire supporter un besoin de financement très évolutif au système de protection sociale lui-même.

M. Gérard Bapt. Je remercie d'autant plus M. Carrez que j'ai eu l'occasion de lui dire que, dans ma commune, un lotisseur gardait des terrains en jachère pour jouer à la fois sur la spéculation et sur la diminution des impositions, car il y a aussi une question de TVA. Un tel comportement oblige nos concitoyens à aller habiter toujours plus loin et à payer plus de taxe carbone.

Après avoir adopté l'amendement CF 37 à l'unanimité, la Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 16 ainsi modifié.

Article 17: *Aménagement du régime des contrats d'assurance vie au regard des contributions sociales en cas de décès*

La Commission est saisie d'un amendement CF 4 de M. Jean-Michel Fourgous tendant à supprimer l'article 17.

M. Jean-Michel Fourgous. Je propose de renoncer à soumettre les contrats d'assurance-vie multi-supports aux prélèvements sociaux lors d'un dénouement par succession.

En effet, l'assurance-vie est un bon outil pour inciter les capitaux à contribuer au développement de nos entreprises et de nos emplois, à financer les retraites, à simplifier la transmission, et pour placer la dette. Mais il a besoin de sécurité et de stabilité pour conserver la confiance qu'il inspire. D'où le danger qu'il y aurait à changer les règles après avoir laissé les épargnants s'engager à long terme. On a créé un produit pour inciter l'assurance-vie à s'investir

directement dans les entreprises en l'exonérant de la CSG et de la CRDS. Qui plus est, les investisseurs ont déjà pris une douche froide avec la crise. En période très favorable, on aurait pu à la limite discuter d'une telle disposition. L'amendement dont j'ai pris l'initiative il y a quelques années a permis de drainer près de 60 milliards d'euros vers les entreprises et il a certainement sauvé des dizaines de milliers d'emplois et d'entreprises pendant la crise. Et on va maintenant récompenser la prise de risque en revenant sur les exonérations ! Il n'y a peut-être, sur le papier, que 160 000 contrats en unités de compte concernés, mais ce sont 12 millions de personnes qui ont reçu le message. Ce n'est pas le moment de pénaliser les gens qui prennent des risques avec leur argent pour aider les entreprises.

En plus, la mesure ne sera pas rentable. Nous sommes tous d'accord sur la gravité de la situation, mais pas sur le traitement. Ce n'est pas une raison pour taxer tous azimuts. A-t-on fait une étude d'impact pour mesurer la crise de confiance susceptible de se déclencher ? Je vous rappelle que nous n'avons ni fonds de pension, ni de véritable fonds souverain. Il y a eu une campagne de presse et ce n'est pas le moment de toucher à un produit qui sert à tout le monde, à commencer par l'État qui ne pourrait pas se permettre de telles dérives sans l'assurance-vie. Vous allez décourager la prise de risque !

M. le rapporteur général. Je ne suis pas d'accord avec Jean-Michel Fourgous même si j'ai été un ardent défenseur de son amendement en 2006. Notre collègue oublie de dire que l'assurance-vie n'a jamais été exonérée de CSG et de CRDS. Sous l'effet de l'amendement Fourgous, nombreux ont été les contrats en euros à basculer en contrats multi-supports et le but de favoriser l'investissement en actions a été atteint. Mais les premiers supportent la CSG et la CRDS chaque année. Et, pour les seconds, même s'ils ressemblent au pâté d'alouette, c'est-à-dire s'ils comportent un petit peu d'unités de compte et beaucoup d'euros, comme on ignore la valeur exacte du contrat en unités de compte, le paiement de la CSG est renvoyé à la fin du contrat. Mais il peut arriver que le titulaire meure avant et la CSG passe alors à l'as. La proposition du Gouvernement, c'est...

M. Charles de Courson. ...de faire payer le souscripteur, mort ou vif !

M. le rapporteur général. Exactement. En 2006, nous n'avions pas vu l'aspect CSG, je le reconnais. Mais nous n'avons jamais eu l'intention d'exonérer les multi-supports de CSG en cas de décès. Il s'agissait de favoriser le plus possible l'investissement en unités de compte. De toute façon, cela ne changera pas grand-chose parce qu'un épargnant a toujours l'espoir de profiter de ses placements !

Mme la rapporteure pour avis. Avis défavorable.

M. Louis Giscard d'Estaing. Je m'interroge sur la rétroactivité potentielle de l'article 17, donc sur sa constitutionnalité.

M. le rapporteur général. Avant 1996, il y avait des catégories de contrats qui étaient totalement exonérés de CSG, auxquels on ne peut pas toucher. Mais, depuis, les nouveaux contrats sont assujettis à la CSG et il s'agit seulement d'y soumettre tous les contrats, quels que soient leurs supports.

M. Jean-Michel Fourgous. Il y a un imbroglio juridique et les associations qui gèrent l'assurance-vie s'appêtent à attaquer l'article 17 s'il est voté, ce qui aura un coût. En outre, il n'est pas juste de parler d'une rentrée fiscale sans mesurer l'impact négatif sur la collecte. Le coût des dégâts sera bien supérieur au gain, et c'est ça l'important.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 17 sans modification.

Article 18 : *Exonération de cotisation vieillesse pour les Centres communaux et intercommunaux d'action sociale*

La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article 18.

Article 19 : *Non-compensation par le budget de l'État d'une mesure d'exonération de cotisations sociales*

La Commission examine l'amendement CF 23 de M. Gérard Bapt, tendant à supprimer l'article 19.

M. Gérard Bapt. Avec l'article 19, sous couvert de bonnes intentions à l'égard de l'outre-mer, le Gouvernement déroge au principe selon lequel les exonérations et exemptions de cotisations ou de contributions de sécurité sociale sont compensées par l'État. Qui plus est, cet article est d'application rétroactive au 27 mai 2009. C'est pourquoi nous proposons sa suppression.

Mme la rapporteure pour avis. Avis favorable. Le Gouvernement objecte que les exonérations de cotisation portent sur des éléments salariaux transitoires. Pour autant, exclure toute compensation de la part de l'État me semble contraire à l'esprit de tous nos dispositifs.

La Commission adopte l'amendement de suppression de l'article 19.

Article 20 : *Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Avant l'article 21

La Commission est saisie d'un amendement CF 32.

M. Gérard Bapt. Cet amendement tend à supprimer le dispositif TEPA.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite deux amendements de M. Gérard Bapt, CF 25 et CF 26, pouvant être soumis à une discussion commune.

M. Gérard Bapt. Ces amendements, qui font suite au rapport du Conseil des prélèvements obligatoires et au rapport de la mission d'information commune à la commission des Finances et à la commission des Affaires sociales, visent à limiter l'effet d'aubaine que représentent les allègements de charges pour les grandes entreprises en réservant les allègements généraux de cotisations aux 1 000 premiers salariés de l'entreprise, c'est l'amendement CF 25, ou aux 500 premiers, amendement CF 26.

Mme la rapporteure pour avis. Avis défavorable car l'impact sur l'emploi, qui ne peut être mesuré, risque de poser problème.

La Commission rejette successivement les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement CF 31 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Il s'agit de corriger l'anomalie qui fait que les rémunérations versées sous forme de treizième ou quatorzième mois ne sont pas prises en compte dans le calcul du degré d'allègement.

Mme la rapporteure pour avis. Avis défavorable. C'est un amendement intéressant, mais très complexe. Je propose de le revoir dans le cadre de la réflexion plus générale, qui prendra en compte notamment la taille de l'entreprise, qu'il faut mener pour remédier aux comportements d'optimisation des allègements de cotisations qui se multiplient aujourd'hui. Isolée, cette mesure n'aurait pas un impact suffisant.

M. Gérard Bapt. Je rappelle tout de même qu'elle avait été adoptée par la mission commune.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement CF 24 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Cet amendement vise à diminuer les allègements en cas de temps partiel subi dans l'entreprise.

Mme la rapporteure pour avis. Avis défavorable. Le risque de conséquences négatives sur l'emploi est important, surtout dans le contexte actuel.

M. le président Didier Migaud. Mais cet amendement ne fait que décliner une des propositions cette fois du rapport Bur, acceptée par tous. Si nous adoptons des rapports, il faut se montrer assez responsable pour passer à l'acte ensuite ! Il faudra reparler de ce sujet avec le président Méhaignerie.

M. Gérard Bapt. La commission des Affaires sociales va justement lancer une nouvelle mission d'information sur la question des allègements.

M. le président Didier Migaud. Encore un rapport... Il faut qu'il serve à quelque chose !

La Commission rejette cet amendement.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure pour avis, la Commission rejette successivement les amendements CF 33 et CF 30 de M. Gérard Bapt.

Elle est ensuite saisie de l'amendement CF 29 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Il s'agit de rendre annuel un bilan que le Gouvernement a décidé de ne faire que tous les cinq ans – mais peut-être figure-t-il en fait dans les annexes du PLFSS.

Mme la rapporteure pour avis. Outre l'annexe 5 au PLFSS, la loi de programmation des finances publiques a prévu que chaque mesure d'exonération ferait l'objet d'une évaluation 3 ans après son entrée en vigueur. Le premier rapport sera ainsi rendu le 30 juin 2011.

M. Gérard Bapt. Il serait tout de même normal de disposer d'une information tous les ans.

Mme la rapporteure pour avis. C'est une période trop courte pour un tel bilan.

La Commission rejette cet amendement, de même que, après avis défavorable de la rapporteure pour avis, l'amendement CF 27 de M. Gérard Bapt. La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article 21 : 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, puis de l'article 22 : Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base, de l'article 23 : Approbation du tableau d'équilibre du régime général, de l'article 24 : Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base et de l'article 25 Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Après l'article 25

La Commission est saisie de l'amendement CF 38 rectifié de Mme la rapporteure pour avis.

Mme la rapporteure pour avis. J'ai déjà largement présenté cet amendement concernant le transfert de la dette à la CADES. Je me permets d'insister solennellement : s'il n'était pas adopté, nous ne pourrions absolument pas faire face aux besoins de financement de nos comptes sociaux.

M. le rapporteur général. J'ai déjà dit que j'y étais défavorable. Mais je rappelle que si l'on augmente la CRDS, je serai le premier à demander à ce qu'on la sorte du bouclier fiscal.

Mme la rapporteure pour avis. On ne passera pas l'année 2010 sans cet amendement.

M. le rapporteur général. On verra en temps voulu.

M. Daniel Garrigue. Je soutiens totalement cet amendement, mais cela implique que le Gouvernement se montre aussi responsable que le Parlement et remette en cause le bouclier fiscal.

M. Charles de Courson. Le Nouveau centre votera cet amendement. Le transfert est en effet inéluctable : la seule question qui demeure est de savoir quand et comment il se fera. J'ai pour ma part proposé une solution : un amendement déposé au projet de loi de finances au titre de la réunion de la Commission, en application de l'article 88, qui prévoit le maintien du bouclier fiscal en l'état, mais à taux stabilisé pour la CSG et la CRDS. C'est une façon élégante de dire que si un jour on a besoin d'une augmentation, elle ne sera pas soumise au bouclier fiscal.

J'observe par ailleurs qu'avec l'augmentation de 0,22 % que vous proposez, et compte tenu d'un taux à moyen-long terme aux alentours de 4 %, il n'est pas possible de transférer la totalité du déficit de 2009 et de 2010 à la CADES. Avec une telle ressource, pourrait-on financer plus que les intérêts de la dette ?

M^{me} la rapporteure pour avis. Le taux a été calibré en fonction du seul déficit acquis, c'est-à-dire celui de 2009, FSV compris, capital et intérêts.

M. Richard Dell'Agnola. L'adoption de cet amendement entraînerait une série de réactions en chaîne. On sait déjà que si la CRDS augmente, le rapporteur général proposera de la sortir du bouclier fiscal. Mais dans ce cas, que devient l'ISF ? Les opposants au bouclier fiscal oublient cet impôt purement idéologique, qui n'a aucune justification économique. Il devient indispensable de repenser la fiscalité dans son ensemble, en mettant de côté les impôts purement symboliques.

Si tout le monde y est prêt au sein de notre commission, nous pourrions travailler utilement et peut-être trouver un consensus. En attendant, je suivrai Gilles Carrez : cet amendement causerait de trop grands bouleversements.

Mme la rapporteure pour avis. Il ne s'agit pas de doctrine. Chacun d'entre vous connaît le besoin de financement du régime général : nous ne pourrions pas l'assurer pour 2010 si nous ne relevons pas le taux de la CRDS. Cette augmentation permettra le transfert de ce boulet qu'est le déficit à la CADES, dont c'est la fonction. Si nous la retardons, nous obérons notre capacité de financement. Sans même parler du caractère inéquitable des mesures que nous prendrons : dire aux Français dans la même phrase que nous allons relever le forfait hospitalier de deux euros et que le déficit augmente est absolument invendable. Cette mesure est au cœur d'un mécanisme redistributif qui nous permettra de soutenir la croissance lorsqu'elle reprendra. Tous les arguments qui consistent à la différer se paieront donc politiquement au prix fort. Je force ma nature, à parler ainsi à contre-courant de la majorité de mon groupe, mais je le fais parce que c'est un cas de conscience. C'est maintenant que les choses se jouent. Je vous adjure de prendre ces enjeux en considération.

M. Jérôme Chartier. J'ai un infini respect pour Marie-Anne Montchamp, qui nous a décrit très justement la situation des comptes sociaux. En revanche, je ne partage pas son analyse sur l'évolution des choses. J'ai le sentiment que les marchés vont dans le bon sens en ce moment. Je ne suis donc pas très inquiet, d'autant moins que de toute façon la surcharge financière est assumée par la Caisse des dépôts – ce à quoi il faudra bien tout de même un jour mettre fin.

Je ne crois pas que le moment soit venu de procéder à une augmentation de la CRDS. En tout cas, il ne peut pas être venu aussi subitement. La CRDS, comme la CSG, est un impôt emblématique. La décision de relever son taux ne peut donc pas résulter d'un raisonnement strictement budgétaire : c'est une décision politique. Décider que les baisses de recettes étaient compensées par le déficit aussi était un acte politique : d'un point de vue budgétaire, il n'aurait pas fallu le faire. Je m'oppose donc à cet amendement parce que le choix politique n'est pas encore fait. Mais j'insiste, comme Gilles Carrez l'a fait avant moi : nous ne pouvons pas éluder le problème du déficit des comptes sociaux – parce que c'est bien le problème crucial, avant le déficit de l'État et celui des collectivités locales. C'est la priorité pour 2010. Nous avons une responsabilité politique à cet égard.

M. le président Didier Migaud. La responsabilité politique interdit d'éluder les vrais problèmes. Et si vous essayez de les reporter, la réalité finit toujours par vous rattraper.

M. Charles de Courson. Ou parfois, elle rattrape vos successeurs !

M. Yves Censi. La responsabilité de Marie-Anne Montchamp est de nous alerter. Le rapporteur général, dans la discussion générale sur le projet de loi de finances, n'a lui non plus pas mâché ses mots à propos de la dette sociale. Mais la stratégie que soutient l'UMP pour faire face à la crise consiste à séquencer les choses : ne pas fermer les yeux sur la dette qui nous attend, mais faire des choix – en commençant par ce budget pour 2010 – pour assurer les investissements publics et le soutien aux entreprises et à nos concitoyens. Ce n'est donc pas à une question de doctrine que nous sommes confrontés, mais à des choix quotidiens. Par ailleurs, le relèvement du taux de la CRDS est une décision importante dans laquelle, même si le pouvoir de voter la loi de finances revient au Parlement, l'exécutif a un rôle primordial à jouer. Je ne voterai donc pas cet amendement.

M. Marc Goua. Je suis d'accord avec tous ces grands principes de responsabilité politique, mais les chiffres sont têtus. Plus nous attendrons, plus il sera difficile de faire face à ces déficits abyssaux. Notre responsabilité sera très lourde : non seulement notre protection sociale est mise en cause, mais les générations futures auront toute raison de nous traiter d'égoïstes.

La Commission rejette l'amendement.

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 26 : *Comptabilisation de certaines prestations servies par les organismes de sécurité sociale pour le compte de tiers*

La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article.

Après l'article 26

La Commission est saisie de l'amendement CF 39 de la rapporteure pour avis, portant article additionnel après l'article 26.

Mme la rapporteure pour avis. Cet amendement vise à améliorer la gouvernance de la gestion de trésorerie de la sécurité sociale. Le système actuel, qui ne fait intervenir que l'ACOSS, laisse s'accumuler les excédents de trésorerie. Je propose que soit créé un comité de pilotage chargé de les identifier avec précision.

M. Gérard Bapt. Il faudrait que les commissions des Affaires sociales des deux assemblées y soient représentées : ce sont elles qui sont compétentes en la matière !

Mme la rapporteure pour avis. Bien entendu. Je suggère de modifier la dernière phrase du deuxième alinéa en ce sens : « Il comprend un membre de chacune des commissions des Finances et des commissions des Affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat ».

*La Commission **adopte** l'amendement CF 39 ainsi **corrigé**.*

Article 27: *Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt*

*La Commission émet un **avis favorable** à l'adoption de l'**article 27**.*

*

* *

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2010

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 28 : *Non prise en compte des dépenses liées à la pandémie grippale pour l'évaluation du risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2010*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 28.

Après l'article 28

Après avis favorable de la rapporteure pour avis, la Commission adopte l'amendement CF 34 de M. Gérard Bapt, tendant à ce que soit remis chaque année au Parlement un rapport sur l'évaluation de l'application des franchises médicales.

Article 29 : *Exonération du « ticket modérateur » pour les examens de suivi réalisés après la sortie du régime des affections de longue durée*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 29.

Article 30 : *Procédure de mise sous accord préalable*

La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article 30.

Après l'article 30

La Commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 30.

Elle examine tout d'abord l'amendement CF 6 de M. Daniel Garrigue.

M. Daniel Garrigue. Le nombre de médecins en milieu rural ne cesse de diminuer. Les dispositifs d'incitation mis en place sont insuffisants. Afin de remédier à cette situation dramatique, le présent amendement propose d'instaurer dans chaque région un dispositif de régulation issu d'une concertation entre les caisses régionales d'assurance maladie et les syndicats de médecin.

Mme la rapporteure pour avis. Avis défavorable. Je suis d'accord avec Mme la ministre pour privilégier les mesures d'incitation et explorer de nouvelles pistes, comme le lien entre les soins et la recherche.

M. Daniel Garrigue. J'invite Mme la rapporteure pour avis à venir dans mon département constater l'inefficacité des mesures d'incitation ! Tout le monde reconnaît actuellement que le libéralisme atteint ses limites : je suis surpris que l'on refuse toute régulation en matière de santé.

La Commission rejette l'amendement.

Puis la Commission est saisie de l'amendement CF 2 de M. Jean-Claude Mathis.

M. le président Didier Migaud. Il est défendu.

Mme la rapporteure pour avis. Je suis favorable à cet amendement, que l'audition des responsables de la CNAM nous a permis de valider.

La Commission adopte l'amendement.

Article 31 : *Régulation des dépenses de transport sanitaires (article L. 322-5-5 du code de la sécurité sociale ; article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008)*

La Commission est saisie de l'amendement CF 40 rectifié de Mme la rapporteure pour avis.

Mme la rapporteure pour avis. L'augmentation des dépenses de médicaments est due, pour trois quarts, aux prescriptions effrénées des praticiens hospitaliers. Cet amendement vise à contingerer l'évolution de ces dépenses.

M. le rapporteur général. Je suis très favorable à cet amendement.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle donne un avis favorable à l'adoption de l'article 31 ainsi modifié.

Article 32 : *Report à 2018 de la convergence tarifaire intersectorielle des établissements de santé et prise en charge des soins effectués dans des hôpitaux établis hors de France*

Après avis défavorable de la rapporteure pour avis, la Commission rejette l'amendement CF 35 de M. Gérard Bapt.

Puis elle émet un avis favorable à l'adoption de l'article 32 sans modification.

Article 33 : *Frais de transport des personnes handicapées*

La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article 33.

Article 34 : *Modalités de versement des contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie aux agences régionales de santé (ARS) pour 2010*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 34.

Article 35 : *Dotations des régimes obligatoires de sécurité sociale pour 2010 à divers établissements publics*

La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article 35.

Après l'article 35

La Commission est saisie de l'amendement CF 5 de M. Daniel Garrigue portant article additionnel après l'article 35.

M. Daniel Garrigue. Cet amendement tend à permettre l'intéressement financier des personnels dans les établissements publics de santé.

Mme la rapporteure pour avis. Avis défavorable. Il serait intéressant d'inciter les personnels des établissements publics de santé à davantage de vertu dans la gestion. Toutefois, on ignore encore le montant exact de la dette de ces établissements et nous disposons de trop peu d'éléments sur leur situation financière. Je vous suggère d'attendre la publication du rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale avant d'envisager l'opportunité de prendre une telle mesure.

La Commission rejette l'amendement.

Elle donne ensuite un avis favorable à l'adoption de l'article 36 : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès, puis de l'article 37 : Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 38 : *Majoration de durée d'assurance vieillesse*

La Commission examine l'amendement CF 41 de Mme la rapporteure pour avis.

Mme la rapporteure pour avis. Je partage la volonté du Gouvernement de conserver un avantage pour les mères de famille et de compenser « la perte de chance » dans le déroulement de leur carrière. Toutefois, il me paraît inacceptable de faire supporter par la solidarité nationale des politiques de *management* scandaleuses, qui visent à disqualifier les femmes qui ont des enfants. Je souhaite donc que nous puissions observer l'évolution des pratiques des employeurs. Tel est l'objet de mon amendement.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Puis elle émet un **avis favorable** à l'adoption de l'**article 38 ainsi modifié**.*

Article 39 : *Cumul emploi – pension d'invalidité et non-cumul pension d'invalidité – pension de retraite*

*La Commission donne un **avis favorable** à l'adoption de l'**article 39**.*

Article 40 : *Transfert au Fonds de solidarité vieillesse du financement de certains avantages non contributifs*

*La Commission émet un **avis favorable** à l'adoption de l'**article 40**, puis de l'**article 41** : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2010.*

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Article 42 : *Dispositions d'incitation financière en matière de tarification des accidents du travail*

La Commission est saisie de l'amendement CF 36 de M. Gérard Bapt, tendant à réformer le système de tarification en matière de cotisations patronales Assurance maladie.

Mme la rapporteure pour avis. Avis défavorable : cet amendement soulève une question importante, mais l'adopter reviendrait à ruiner une partie des avancées contenues dans le PFLSS.

*La Commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle donne un **avis favorable** à l'adoption de l'**article 42 sans modification**.*

Article 43 : *Contribution au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)*

*La Commission émet un **avis favorable** à l'adoption de l'**article 43**.*

Article 44 : *Versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles*

*La Commission donne un **avis favorable** à l'adoption de l'**article 44** puis de l'**article 45** : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2010.*

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 46 : *Extension du bénéfice du prêt pour l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 46, puis de l'article 47 : Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2010.

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 48 : *Renforcement du pouvoir de la CCMSA en matière de pilotage des caisses locales*

La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article 48.

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 49 : *Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale*

La Commission émet un avis favorable à l'adoption de l'article 49.

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 50 : *Réforme des pénalités financières*

La Commission donne un avis favorable à l'adoption de l'article 50, puis de l'article 51 : Prorogation de l'expérimentation d'une nouvelle sanction administrative en cas de fraude aux aides personnelles au logement, la « suppression pour l'avenir », de l'article 52 : Mesures relatives au contrôle des arrêts de travail, de l'article 53 : Réforme des pénalités financières et de l'article 54 : Pénalités adaptées aux fortes activités de soins de santé.

M. le président Didier Migaud. Madame la rapporteure pour avis, quel est votre avis sur l'ensemble du projet de loi ?

Mme la rapporteure pour avis. Je m'abstiens.

M. le président Didier Migaud. Je consulte la Commission.

Je constate qu'il y a égalité des voix. En conséquence, **la Commission n'émet pas d'avis favorable** sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

*

* *

AMENDEMENTS EXAMINÉS PAR LA COMMISSION ⁽¹⁾

N° CF 2

AMENDEMENT

présenté par
M. Jean-Claude Mathis

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 30

Il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

« Préalablement à toute admission en Centres de rééducation fonctionnelle ou en Centres de soins de suite et de rééducation, le médecin prescripteur devra adresser à la caisse primaire d'assurance maladie locale une demande d'entente préalable selon des modalités définies par décret en Conseil d'État ».

N° CF 4

AMENDEMENT

présenté par
M. Fourgous et M. Dassault

ARTICLE 17

Supprimer cet article.

⁽¹⁾ La présente rubrique ne comporte pas les amendements déclarés irrecevables ni les amendements non soutenus en commission. De ce fait, la numérotation des amendements examinés par la commission peut être discontinuée.

N° CF 5

AMENDEMENT

présenté par
M. Daniel Garrigue

**ARTICLE ADDITIONNEL
APRÈS L'ARTICLE 35**

Insérer dans le code de la santé publique, l'article suivant :

« *Art.L.6145-18* – Lorsque l'établissement financé à l'activité dégage un excédent au compte de résultat de l'activité principale, le directeur peut décider, après concertation avec le directoire, de répartir tout ou partie de cet excédent aux personnels de l'établissement.

« Le montant global des primes d'intéressement distribuées aux bénéficiaires ne peut dépasser 10 % du montant total des salaires bruts. »

N° CF 6

AMENDEMENT

présenté par
M. Daniel Garrigue

**ARTICLE ADDITIONNEL
APRÈS L'ARTICLE 30**

Après l'article L.4131-7 du code de la santé publique, il est inséré l'article L.4131-8 suivant :

« *Art.L.4131-8*. – Dans le ressort de chaque caisse régionale d'assurance maladie une convention établie entre la caisse régionale et les syndicats de médecins détermine, compte tenu de la situation de la démographie médicale, pour chaque spécialité, et le cas échéant par secteur territorial, le nombre de praticiens auxquels les règles de conventionnement sont susceptibles de s'appliquer.

« Cette convention, établie pour une durée de 5 ans, devra être conclue avant le 31 décembre 2009. ».

N° CF 9

AMENDEMENT

présenté par
M. Daniel Garrigue

ARTICLE 15

Supprimer cet article.

N° CF 11

AMENDEMENT

présenté par
M. Daniel Garrigue

ARTICLE ADDITIONNEL
APRÈS L'ARTICLE 13

Insérer l'article suivant :

« Il est institué une taxe sur les boissons sucrées gazeuses non alcoolisées, au taux de 6 centimes d'euro par litre si la part des sucres est supérieure à 80 grammes et de 3 centimes d'euro par litre si elle est comprise entre 30 et 80 grammes. »

N° CF 12

AMENDEMENT

présenté par
M. Daniel Garrigue

ARTICLE ADDITIONNEL
APRÈS L'ARTICLE 13

Insérer l'article suivant :

« Il est institué une taxe sur les prémix au taux de 10 centimes d'euro par litre ».

AMENDEMENT

présenté par
M. Daniel Garrigue

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 10

Modifier ainsi l'article L.136-8 du code de la Sécurité Sociale :

I.- Les taux des contributions sociales visées au I de cet article sont fixés comme suit :

1°- La contribution sociale mentionnée à l'article L 136-8 donne lieu à l'application des taux suivants :

- . 7,75 % pour la fraction des revenus d'activité ou des revenus de remplacement inférieurs ou égale à 11.720 €,
- . 8,10 % pour la fraction supérieurs à 11. 720 €, et inférieure ou égale à 26.030 €,
- . 8,5 % pour la fraction supérieure à 26.030 € et inférieure ou égale à 45.000 €,
- . 9 % pour la fraction supérieure à 45.000 € et inférieure ou égale à 69.783 €,
- . 10 % pour la fraction supérieure à 69.783 €.

2°- Les contributions sociales mentionnées aux articles L 136-6 et L 136-7 sont portées au taux de 9,2 % pour la fraction inférieure ou égale à 45.000 € et 9,7 % pour la fraction supérieure à 45.000 €.

3°- La contribution sociale mentionnée à l'article L 136-7-1 est portée au taux de 11,0 %.

II.- Le taux des cotisations sociales visées au 2° du II de cet article sont fixés comme suit :

- . 6,85 % pour la fraction inférieure ou égale à 11.720 €,
- . 7,2 % pour la fraction supérieure à 11.720 € et inférieure ou égale à 26.030 €,
- . 7,6 % pour la fraction supérieure à 26.030 € et inférieure ou égale à 45.000 €,
- . 8,5 % pour la fraction supérieure à 45.000 € et inférieure ou égale à 69.753 €,
- . 10 % pour la fraction supérieure à 69.753 €.

III- Les dispositions des *e* et *f* du I de l'article 1649-0-A du code général des impôts sont supprimées.

N° CF 16

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE 9

Supprimer cet article.

N° CF 17

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE 11

À l'alinéa 1 de cet article, remplacer : « 1 % » par « 0,5 % ».

N° CF 18

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE 15

À l'alinéa 1 de cet article, remplacer : « 4 % » par « 23 % ».

N° CF 19

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE 15

I.— Après l’alinéa 1, insérer un alinéa 2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 137-15-1.* – Les rémunérations différées visées aux articles L. 225-42-1 et L. 225-90-1 du code du commerce sont soumises à la contribution fixée à l’article L. 137-15 du code de la sécurité sociale. Le taux de la contribution applicable à ces rémunérations est fixé à 4 % . »

II.— À l’alinéa 2, remplacer : « II » par « III ».

N° CF 20

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE 15

I.— Après l’alinéa 1, insérer un alinéa 2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 137-15-1.* – Les rémunérations différées visées aux articles L. 225-42-1 et L. 225-90-1 du code du commerce sont soumises à la contribution fixée à l’article L. 137-15 du code de la sécurité sociale. Le taux de la contribution applicable à ces rémunérations est fixé à 23 % . »

II.— À l’alinéa 2, remplacer : « II » par « III ».

N° CF 21

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

**ARTICLE ADDITIONNEL
APRÈS L'ARTICLE 15**

Insérer un article ainsi rédigé :

À l'article L.137-15 du code de la sécurité sociale, supprimer le « 1° ».

N° CF 22

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

**ARTICLE ADDITIONNEL
APRÈS L'ARTICLE 15**

Insérer un article ainsi rédigé :

L'article 575 A du code général des impôts est ainsi modifié :

I.— À l'avant-dernier alinéa, le montant : « 155 euros » est remplacé par le
montant : « 164 euros ».

II.— Au dernier alinéa, le montant : « 85 euros » est remplacé par le montant :
« 90 euros ».

N° CF 23

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE 19

Supprimer cet article.

N° CF 24

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

**ARTICLE ADDITIONNEL
AVANT L'ARTICLE 21**

Insérer un article ainsi rédigé :

I.— Au III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, après les mots :
« celui qui correspond à la durée de travail prévue au contrat », insérer la phrase suivante :

« Le montant de réduction ainsi calculé fait ensuite l'objet d'un abattement d'un
pourcentage équivalent à la moitié de l'écart entre la durée de travail prévue au contrat et un
temps plein ».

II.— Les dispositions du I sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2009.

N° CF 25

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE ADDITIONNEL
AVANT L'ARTICLE 21

Insérer un article ainsi rédigé :

I.— À la fin du I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, insérer la phrase suivante :

« Cette réduction ne s'applique qu'à raison des gains et rémunérations versés aux 1 000 premiers salariés de l'entreprise, dans des conditions fixées par décret ».

II.— Les dispositions du I sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2010.

N° CF 26

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE ADDITIONNEL
AVANT L'ARTICLE 21

Insérer un article ainsi rédigé :

I.— À la fin du I de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, insérer la phrase suivante :

« Cette réduction ne s'applique qu'à raison des gains et rémunérations versés aux 500 premiers salariés de l'entreprise, dans des conditions fixées par décret ».

II.— Les dispositions du I sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2010.

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE ADDITIONNEL AVANT L'ARTICLE 21

Insérer un article ainsi rédigé :

I.— Il est institué une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-14 du code de la sécurité sociale et une contribution additionnelle au prélèvement social mentionné à l'article L. 245-15 du même code.

Cette contribution est due au titre des plus-values, gains et profits visés au e) de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale. Elle est assise sur une assiette identique à celle de l'actuel prélèvement sur ces plus-values visé à l'article L. 245-14 et suivants.

Ces contributions sont contrôlées, recouvrées et exigibles dans les mêmes conditions que celles applicables à ces prélèvements sociaux. Leur taux est fixé à 11 %.

II.— Cette contribution additionnelle est affectée au fonds de réserve pour les retraites visé à l'article L. 135-6 et suivants du code de la sécurité sociale.

III.— Pour frais d'assiette et de recouvrement, l'État perçoit 1 % du montant des taxes visées au I.

N° CF 29

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

**ARTICLE ADDITIONNEL
AVANT L'ARTICLE 21**

Insérer un article ainsi rédigé :

Un bilan d'évaluation annuel des dispositifs ciblés d'exonération des cotisations de sécurité sociale est transmis au Parlement avant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

N° CF 30

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

**ARTICLE ADDITIONNEL
AVANT L'ARTICLE 21**

Insérer un article ainsi rédigé :

Lorsqu'une entreprise n'est pas couverte par un accord salarial d'entreprise de moins de deux ans en application de l'article L 2242-8 du code du travail ou par un accord salarial de branche de moins de deux ans en application de l'article L 2241-8 du code du travail, le montant de la réduction des cotisations sociales visées à l'article L 241-13 du code de la sécurité sociale est diminuée de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année et jusqu'à ce que l'entreprise soit couverte par un nouvel accord.

N° CF 31

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE ADDITIONNEL
AVANT L'ARTICLE 21

Insérer un article ainsi rédigé :

Au premier alinéa du paragraphe III de l'article L. 241- 13 du code de la sécurité sociale, dans la deuxième phrase après les mots : « Il est égal au produit de la rémunération mensuelle », insérer les mots : « dans la limite de douze mois par an ».

N° CF 32

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE ADDITIONNEL
AVANT L'ARTICLE 21

Insérer un article ainsi rédigé :

I.- L'article 81 *quater* du code général des impôts est supprimé.

II.- Les articles L. 241-17 et L. 241-18 du code de la sécurité sociale sont supprimés.

N° CF 33

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

**ARTICLE ADDITIONNEL
AVANT L'ARTICLE 21**

Insérer un article ainsi rédigé :

À compter du 1^{er} janvier 2010, les entreprises d'au moins vingt salariés, dont le nombre de salariés à temps partiel est au moins égal à 25 % du nombre total de salariés de l'entreprise, sont soumises à une majoration de 10 % des cotisations dues par l'employeur au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales pour l'ensemble de leurs salariés à temps partiel.

N° CF 34

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

**ARTICLE ADDITIONNEL
APRÈS L'ARTICLE 28**

Insérer l'article suivant :

Un rapport sur l'évaluation de l'application de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (n° 2007-1786 du 19 décembre 2007) sera présenté tous les ans au Parlement avant le 30 septembre.

N° CF 35

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE 32

Rédiger ainsi cet article :

« Le VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est supprimé. »

N° CF 36

AMENDEMENT

présenté par MM. Gérard Bapt, Jérôme Cahuzac,
et les commissaires membres du groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche.

ARTICLE 42

Rédiger ainsi cet article :

I.- L'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles est déterminé par entreprise.

« Pour établir la valeur du risque qui sert de base au calcul du taux brut, il est retenu une valeur forfaitaire fixée par décret par catégorie d'accident. Cette valeur forfaitaire est déterminée par décret. Cette valeur forfaitaire est, pour les accidents avec arrêt, supérieure au montant moyen des prestations et indemnités versées au titre de ces accidents. »

II.- La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

AMENDEMENT

présenté par M. Gilles Carrez et Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteur pour avis

ARTICLE 16

I.— Après l’alinéa 1, insérer l’alinéa suivant :

« 1° A. – Au dernier alinéa du I, après les mots « à l’article 150-0 D *bis* », sont insérés les mots : « , à l’article 151 *septies* B ».

II.— Après l’alinéa 9, insérer l’alinéa suivant :

« I *bis*.- Le 2° du I de l’article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , le cas échéant retenues avant application de l’abattement prévu au I de l’article 150 VC du même code ».

III.— Après l’alinéa 31, insérer l’alinéa suivant :

« 3° *bis* Dans la deuxième phrase du a du 4 du I de l’article 1649-0 A, les mots : « dans les conditions prévues aux articles 150 V à 150 VE », sont remplacés par les mots : « pour leur montant net soumis à la contribution sociale généralisée en application du 2° du I de l’article L. 136-7 du code de la sécurité sociale ».

IV.— A l’alinéa 34, dans la première phrase, après la référence : « I », insérer les mots : « , I *bis* » et, dans la deuxième phrase, substituer aux mots : « Le 4° du IV s’applique », les mots : « Les 3° *bis* et 4° du IV s’appliquent ».

N° CF 38 rectifié

AMENDEMENT

présenté par Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteur pour avis

**ARTICLE ADDITIONNEL
APRÈS L'ARTICLE 25**

Insérer l'article suivant :

I.— Dans le premier alinéa de l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, le nombre : « 0,5 » est remplacé par le nombre : « 0,72 ».

II.— Au *e* du 2° de l'article 1649-0 A du code général des impôts, les mots : « et à l'article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, » sont supprimés.

III.— Au *f* du 2° de l'article 1649-0 6 A du code général des impôts, les mots : « et aux articles 14 et 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée, » sont supprimés.

N° CF 39 rectifié

AMENDEMENT

présenté par Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteur pour avis

**ARTICLE ADDITIONNEL
APRÈS L'ARTICLE 26**

Insérer l'article suivant :

Après l'article L. 225-1-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 225-1-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 225-1-4.* Pour l'application des articles L. 225-1 et L. 225-1-3, il est créé un comité de pilotage de la gestion de trésorerie des régimes, organismes et fonds de financement de la sécurité sociale, présidé par le ministre chargé de la sécurité sociale ou son représentant, dont le secrétariat est assuré par le président de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale ou son représentant, et qui associe un représentant du conseil d'administration de l'ensemble des régimes, organismes et fonds de financement autorisés à recourir à des avances de trésorerie. Il comprend un membre de chacune des commissions des finances et des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article. »

N° CF 40 rectifié

AMENDEMENT

présenté par Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteur pour avis

**ARTICLE ADDITIONNEL
APRÈS L'ARTICLE 31**

Insérer l'article suivant :

Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de médicaments et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements de santé.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de médicaments occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux, elle peut proposer de conclure, avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de médicament.

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicament qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicament et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicament qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article.

AMENDEMENT

présenté par Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteur pour avis

ARTICLE 38

I.— Dans la première phrase de l’alinéa 35 de cet article, remplacer les mots : « Avant le 1^{er} janvier 2005 » par les mots : « Chaque année ».

II.— Dans la deuxième phrase de l’alinéa 35 de cet article, substituer au mot : « Il » les mots : « Ce rapport présente également un état des lieux des inégalités entre hommes et femmes en termes de salaires et de déroulement de carrières. Le Gouvernement ».

III.— Compléter l’alinéa 35 par une phrase ainsi rédigée :

« Ce rapport envisage la révision de la majoration prévue au II de l’article L. 351-4 du code de la sécurité sociale en fonction de l’évolution de ces données. »

ANNEXE :
LISTE DES AUDITIONS RÉALISÉES
PAR LA RAPPORTEURE POUR AVIS

La Rapporteure pour avis tient à exprimer ses vifs remerciements aux personnes qu'elle a rencontrées et qui lui ont fourni les éléments nécessaires à la préparation de ce rapport :

– M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)

– M. Raoul BRIET, président du conseil de surveillance du fonds de réserve des retraites (FRR)

– M. Hervé DROUET, directeur de la caisse nationale des allocations familiales (CNAF)

– M. Patrick RACT-MADOUX, directeur de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

– Mme Cécile WAQUET, chef du pôle financement de la santé au cabinet de Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé et des sports

– M. Laurent VACHEY, directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

– Mme Rolande RUELLAN, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes

– M. Sébastien PROTO, directeur de cabinet du ministre du Budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État

– M. Pierre MAYEUR, directeur de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)

– M. Axel RAHOLA, conseiller en charge du pôle comptes sociaux et comptes publics au cabinet de M. Éric WOERTH, ministre du Budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État

– M. Pierre RICORDEAU, directeur et M. Benjamin FERRAS, directeur de cabinet du directeur de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)

– M. Guillaume AUTIER, conseiller technique solidarité et vieillesse au cabinet de M. Xavier DARCOS, ministre du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville

– M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale