

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

Mardi

11 octobre 2016

Séance de 17 heures

Compte rendu n° 02

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

**Présidence de
Mme Catherine
Lemorton,
Présidente**

- Audition de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, de Mme Laurence Rossignol, ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes, et de M. Christian Eckert, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du Budget, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (n° 4072) (*M. Gérard Bapt, Mme Michèle Delaunay, M. Philip Cordery, Mme Annie Le Houerou, M. Arnaud Viala et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs*)..... 2
- Présences en réunion..... 42



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mardi 11 octobre 2016

La séance est ouverte à dix-sept heures.

(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)

La Commission des affaires sociales procède à l'audition de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, de Mme Laurence Rossignol, ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes, et de M. Christian Eckert, secrétaire d'État auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du Budget, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (n° 4072) (M. Gérard Bapt, Mme Michèle Delaunay, M. Philip Cordery, Mme Annie Le Houerou, M. Arnaud Viala et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs)

Mme la présidente Catherine Lemorton. Merci aux trois ministres qui se sont libérés pour cette audition sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS). Cette audition est toujours un temps fort de l'examen du PLFSS.

Le PLFSS a été présenté en conseil des ministres le 5 octobre dernier et mis en ligne le même jour, dans la soirée. Nous avons donc eu le temps de le lire et de le relire, peut-être même de rédiger des amendements.

Nos travaux ont commencé dès le 20 septembre, avec l'audition de M. le Premier président de la Cour des comptes, Didier Migaud, sur le rapport relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Les travaux de la commission des comptes de la sécurité sociale, l'étude d'impact et les annexes accompagnant le projet et les auditions des rapporteurs constituent autant de sources d'information précieuses avant l'examen de ce texte, qui aura lieu à partir de mardi prochain en commission, après les questions d'actualité au Gouvernement, et la semaine suivante dans l'hémicycle.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Ce cinquième PLFSS du quinquennat que j'ai l'honneur de vous présenter est l'occasion à la fois d'engager des politiques et des réformes pour 2017, de mesurer le chemin parcouru et d'apprécier l'évolution de la sécurité sociale depuis notre première rencontre, ici, à l'automne 2012.

La sécurité sociale, dans l'imaginaire collectif des Français, c'est un déficit que l'on n'arrive pas à combler. Or, aujourd'hui, le redressement des comptes sociaux est une réalité. Il fallait faire des efforts ; nous les avons assumés et ils ont payé. Cependant, nous avons toujours fait preuve d'un volontarisme permanent au regard du progrès social, de l'amélioration de la prise en charge ou de l'accompagnement de nos concitoyens.

Les chiffres, vous les connaissez puisque vous m'interpellez régulièrement à ce propos depuis la commission des comptes de la sécurité sociale. Je veux rappeler que lorsque nous sommes arrivés aux responsabilités, le régime général de la sécurité sociale, qui recouvre les quatre branches de celle-ci, perdait 17,5 milliards d'euros. À la fin de l'année, ce chiffre devrait être d'environ 3,5 milliards d'euros, contre les 5 milliards qui avaient été prévus lors de la dernière commission des comptes de la sécurité sociale. Grâce aux mesures dont nous poursuivons ou engagerons la mise en œuvre en 2017, nous devrions réduire le déficit à

400 millions d'euros – mais, comme chaque année nos résultats sont meilleurs que les objectifs fixés, n'excluons pas la possibilité que le déficit soit encore inférieur. Quand bien même le résultat ne serait que conforme à l'objectif, ce n'en serait pas moins un redressement spectaculaire : 400 millions d'euros de déficit, par rapport à un budget de près de 500 milliards d'euros ! C'est la première fois que nous nous trouvons dans cette situation depuis 2001. Non seulement nous réduisons les déficits – des quatre branches de la sécurité sociale, seule l'assurance maladie sera encore en déficit – mais, depuis 2015, nous réduisons la dette pour la première fois : en 2017, la dette de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) se situera en deçà de son niveau de 2011 – de 148 milliards d'euros, elle sera ramenée à 140 milliards.

Dans ce contexte, c'est un message de confiance que nous devrions envoyer à nos concitoyens, et ce de manière collective. Or certaines déclarations me rendent perplexe. Sur les bancs de l'opposition, j'entends les uns contester ce rétablissement, les autres l'imputer à leurs propres réformes, quand ce n'est pas les deux à la fois. Quelle n'a pas été ma surprise, par ailleurs, en lisant dans la presse des commentaires sur ce que serait le déficit si nous n'avions pas mené des réformes de réduction des dépenses : la réduction du déficit n'en serait pas une, car les dépenses pour les médicaments diminuent et les dépenses pour les soins de ville sont maîtrisées. Mais le propre d'une politique de réduction des déficits, c'est aussi d'engager des réformes de structure, c'est-à-dire de réduction des coûts. Et c'est ce que nous faisons !

J'entends aussi expliquer que c'est à la réforme des retraites de 2010 que l'on devrait l'actuel redressement des comptes. Non seulement personne n'a jamais contesté la contribution de cette réforme – dont je continue de contester le principe –, mais je peux vous en donner l'estimation officielle. La réforme des retraites de 2010 a rapporté, entre 2012 et 2017, 11 milliards d'euros. Néanmoins, il faut retrancher de ce montant les dépenses supplémentaires induites par cette réforme : alors qu'elles auraient dû partir à la retraite, entre 120 000 et 150 000 personnes de plus sont passées en invalidité, représentant un surcoût de 1,2 à 1,5 milliard d'euros pour les budgets de l'invalidité ; alors qu'elles auraient dû partir à la retraite, 80 000 personnes supplémentaires ont eu recours aux minima sociaux – revenu de solidarité active (RSA), allocation adulte handicapé (AAH), allocation spécifique de solidarité (ASS) –, soit un surcoût de 640 millions d'euros. À la suite de cette réforme aussi, le nombre de chômeurs âgés de soixante et soixante et un ans indemnisés par l'Unédic a plus que doublé : 50 000 chômeurs indemnisés de plus. On ne peut donc considérer que les économies engendrées par cette réforme soient seules à l'origine du rétablissement des comptes de la sécurité sociale. Les réformes menées par le Gouvernement depuis 2012, elles, ont amélioré le solde des comptes de 39 milliards d'euros au total, ce qui nous permet d'annoncer aujourd'hui ces résultats pour l'année prochaine.

Réforme des retraites de 2014, meilleure prise en compte des revenus des familles pour les prestations familiales, amélioration de la pertinence des actes, maîtrise du coût des médicaments, virage ambulatoire, efficacité de la dépense hospitalière, telles sont les réformes structurelles que nous avons engagées, qui ont eu des résultats utiles et intéressants. Pour autant, celles-ci n'ont pas empêché la progression, dans le même temps, de la qualité de l'accompagnement : pour nous, l'équilibre de la sécurité sociale n'est pas l'ennemi des droits sociaux, au contraire.

Le projet que nous vous présentons aujourd'hui s'inscrit dans la continuité de ce qui a été fait depuis 2012 tout en poursuivant l'amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement de nos concitoyens.

Dans la poursuite de la modernisation de notre système de retraite, le compte personnel de prévention de la pénibilité est aujourd'hui une réalité ancrée dans notre paysage social ; le droit opposable à la retraite garantit à toute personne qui prend sa retraite qu'elle pourra la percevoir dans un délai limité ; les petites retraites agricoles ont été revalorisées. En 2017, nous poursuivrons, en facilitant la transition entre emploi et retraite, grâce à l'extension de la retraite progressive qui pourra désormais concerner les salariés qui ont plusieurs employeurs.

Nous poursuivons aussi la modernisation de la politique familiale qui, depuis 2012, a été adaptée aux changements de la société, à la nouvelle réalité des familles, pour leur meilleure prise en charge, un meilleur accompagnement des familles les plus pauvres et des familles monoparentales. C'est ainsi que nous avons très fortement revalorisé, à partir de 2012, les allocations qui leur sont destinées – jusqu'à 1 000 euros de plus par famille et par an – et que nous avons développé les solutions d'accueil des jeunes enfants.

Avec ce PLFSS, la protection des familles lors des séparations sera renforcée. Depuis le 1^{er} avril dernier, la garantie contre les impayés de pension alimentaire, expérimentée depuis le milieu de l'année 2015, a été généralisée. Nous approfondissons cette action en créant une agence nationale de recouvrement des impayés de pension alimentaire. Ce projet de loi prévoit, par ailleurs, de favoriser la garde des enfants à domicile ou chez des assistantes maternelles. Aujourd'hui, les familles doivent faire l'avance des cotisations avant de recevoir le complément de garde. Ce circuit de paiement sera revu pour éviter que l'avance de ces frais ne pèse sur le budget des familles. Cette mesure de simplification doit, par ailleurs, soutenir l'emploi déclaré.

Nous poursuivons l'action engagée depuis 2012 pour améliorer la protection sociale des indépendants en continuant à alléger et rendre plus justes leurs cotisations sociales, en poursuivant l'amélioration du fonctionnement du recouvrement de leurs cotisations par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et le régime social des indépendants (RSI) et en permettant à une partie des professions libérales non réglementées d'améliorer leur couverture retraite et de bénéficier d'indemnités journalières.

Nous poursuivons l'action de transformation engagée par la loi de modernisation de notre système de santé. D'abord, en confortant la priorité qu'est la prévention. Nous renforçons ainsi la politique de réduction des risques, notamment pour les usagers de substances psychoactives. Les missions des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) seront élargies pour permettre à ceux-ci de dispenser des médicaments en lien avec leur mission. Nous prolongeons, par ailleurs, la politique de lutte contre le tabagisme en alignant la fiscalité applicable au tabac à rouler sur celle des cigarettes. Parce que l'industrie du tabac a bénéficié à plein des hausses de prix décidées avant 2012 sans qu'il y ait eu hausse de la fiscalité, nous mettons en place une contribution sur le chiffre d'affaires des fournisseurs agréés par les fabricants de tabac. Le rendement de cette contribution, de l'ordre de 130 millions d'euros par an, sera en partie affecté au fonds de lutte contre le tabagisme, dont l'existence sera consacrée dans la loi.

Pour conforter notre engagement en faveur de la démocratie sanitaire et de la reconnaissance du rôle des usagers et des patients, ce projet de loi crée un fonds pour la démocratie en santé, qui permettra de sanctuariser par la loi les financements de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS). Ces fonds seront triplés, ce qui témoigne d'un engagement sans précédent.

Ce PLFSS consacre une nouvelle étape dans notre soutien à l'innovation. L'accélération de l'innovation thérapeutique est un défi lancé à notre système de santé comme à l'ensemble des systèmes de santé dans le monde. Il s'agit de concilier le développement de traitements thérapeutiques radicalement innovants, dits « de rupture », avec la soutenabilité de nos systèmes de santé. Des traitements innovants qui seraient si chers qu'ils ne pourraient être achetés, ce ne serait pas soutenable économiquement ni supportable moralement. Au-delà des actions engagées au niveau international, dans le cadre du G7, nous instaurons de nouvelles manières de les prendre en charge au niveau national.

Avec ce PLFSS, nous mettons en place des mécanismes de régulation et un financement approprié pour amortir les dépenses d'innovation. D'abord, nous renforçons la capacité pour l'assurance maladie de négocier les prix en sortie d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) dans des conditions équilibrées. Ensuite, nous créons, et dotons financièrement, un fonds de financement des innovations qui permettra de lisser dans le temps l'impact des variations de la dynamique des innovations thérapeutiques. L'innovation, ce sont de nouveaux médicaments, mais pas seulement. Ce sont aussi des organisations et des perspectives de recherche. J'ai annoncé, il y a plusieurs mois, l'investissement de 670 millions d'euros pour financer douze plateformes haut débit de séquençage du génome dans notre pays. Cela aussi, c'est de l'innovation. L'enjeu, c'est la médecine personnalisée, adaptée au capital humain de chacun.

Avec ce PLFSS, nous continuons de soutenir l'accès aux droits de tous. La protection universelle maladie, mise en place cette année, a d'ores et déjà apporté des simplifications tangibles pour de nombreux assurés. Elle sera renforcée, toujours pour protéger des ruptures de droits ceux qui changent de situation. Cette année, il s'agira de se concentrer sur ceux qui changent souvent de situation professionnelle. Nous souhaitons notamment éviter les changements de régime pour les travailleurs saisonniers.

Je m'arrête un instant sur le soutien à l'accès aux soins, l'un des fils conducteurs de la politique de santé que je mène depuis 2012. En 2015, pour la quatrième année consécutive, la part des dépenses de santé restant à la charge des ménages a diminué : alors que 9,3 % des dépenses de santé restaient à leur charge en 2011, cette part s'établit, en 2015, selon la commission des comptes de la santé, à 8,4 %, niveau historiquement bas. Quant au tiers payant, il s'installe dans notre paysage, mois après mois, à bas bruit, comme en témoignent les statistiques.

En 2017, une étape supplémentaire va être franchie, à travers un ambitieux plan pour l'accessibilité des soins dentaires, qui s'impose compte tenu des difficultés que rencontrent certains de nos concitoyens pour bénéficier notamment de soins prothétiques adaptés. Il s'agit de réduire le coût restant à la charge des patients en proposant de revaloriser certains soins conservateurs, en échange de la maîtrise des coûts des prothèses, qui doivent être plafonnés. Ce plan passe par un réinvestissement important, pluriannuel, de l'assurance maladie obligatoire dans ce domaine, car il s'agit, non seulement de faire baisser les prix, mais aussi de faire en sorte que les remboursements de l'assurance maladie augmentent. C'est un enjeu de santé publique. Des négociations sont actuellement engagées par l'assurance maladie avec

les représentants de la profession. Si elles n'aboutissaient pas, le Gouvernement assumerait ses responsabilités par la voie réglementaire.

Parce que les efforts ont payé et que des résultats sont engrangés, il est normal d'accorder des moyens supplémentaires à notre système de santé. C'est la raison pour laquelle le taux de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été relevé à 2,1 % pour l'année 2017. Cela reste un objectif très exigeant, l'un des plus bas que nous ayons connus, et il suppose, pour être tenu, un niveau d'économies élevé – plus de 4 milliards d'euros. Néanmoins, il nous permet de financer des mesures reconnaissant l'engagement des professionnels de santé et leur mobilisation dans la poursuite des réformes de structure, sans lesquels ces résultats financiers n'auraient pu être atteints. Pour la quatrième année consécutive, l'ONDAM de ville est supérieur à l'ONDAM hospitalier, signe de la mise en œuvre effective du virage ambulatoire. Après la convention médicale et les revalorisations de tarifs prévues, ce taux de progression de 2,1 % consacre un choix politique structurel du Gouvernement, et traduit concrètement la reconnaissance du rôle et de la place des médecins libéraux.

Ce PLFSS mobilise aussi des moyens nouveaux pour l'hôpital. L'ONDAM hospitalier progressera de 2 %. Ces moyens supplémentaires viendront accompagner les réformes majeures engagées avec la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT). Ils viennent marquer la reconnaissance du travail, souvent difficile, de la communauté hospitalière, à travers la revalorisation du point d'indice, les augmentations salariales des infirmiers et des soignants de catégorie C, qui vont de 250 à 500 euros par an, et la poursuite de l'investissement hospitalier, avec un premier engagement, en 2017, de 252 millions d'euros. Les professionnels de santé se sont engagés, et nous marquons ainsi un juste retour de cet effort en leur direction.

Mesdames, messieurs les députés, en cinq ans – lorsque s'achèvera l'application du PLFSS dont nous discutons –, nous aurons remis à flot la sécurité sociale. Elle peut désormais progresser dans un climat de confiance, parce que nous n'avons pas fait payer le redressement des comptes sociaux aux patients ni aux professionnels de santé ; nous l'avons gagné par la réforme et par un engagement collectif. Je souhaite que nos débats nous permettent d'amplifier cette dynamique et de renforcer encore la confiance des Français.

M. Christian Eckert, secrétaire d'État chargé du budget. Nous vous présentons aujourd'hui le dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale du quinquennat. C'est l'occasion de mesurer le chemin parcouru depuis que nous sommes parvenus aux responsabilités gouvernementales, dont l'aboutissement est l'équilibre en 2017. Je reviendrai aussi sur les principales dispositions du texte qui confortent cet objectif. C'est aussi le moment de vous dire quelles orientations nous voulons tracer pour l'avenir. Il ne suffit pas de se contenter d'avoir ramené la sécurité sociale et ses quatre branches à l'équilibre financier ; encore faut-il que cet équilibre soit durable et utile. Il faut continuer de déployer cette politique responsable pour continuer à faire progresser les droits. Notre société en a besoin.

Tout d'abord, nous révisons la prévision pour 2016 et pour 2017 pour présenter un déficit de 400 millions d'euros pour le régime général. Rapporté à une masse financière de 400 milliards d'euros, ce déficit signifie que les dépenses sont couvertes à 99,9 % par les recettes ; on peut donc parler d'un quasi-équilibre. Les résultats auraient pu être encore meilleurs, notamment pour la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS). Nous avons toutefois considéré qu'il était indispensable de mettre en œuvre une trajectoire de redressement de la situation financière du fonds de solidarité vieillesse (FSV),

dont le déficit est très affecté par la situation sur le marché de l'emploi. Par conséquent, nous proposons, dans le cadre de ce PLFSS, de transférer, à partir de 2017, la participation du fonds au financement du minimum contributif, qui ressortit en réalité aux compétences des régimes de base, vers la CNAVTS. La totalité des charges correspondantes, c'est-à-dire 3,5 milliards d'euros, sera transférée d'ici à 2019, permettant un retour à l'équilibre en quatre ans.

J'insiste sur le fait que nos comptes sont certifiés depuis 2012, pour toutes les branches. Ceux qui parlent de maquillage de chiffres ou d'arguties budgétaires ou comptables devraient plutôt lire les rapports de la Cour des comptes. Ce redressement a conduit, depuis 2015, à une nette réduction de l'endettement de la sécurité sociale. Oui, la CADES a ainsi remboursé plus de 13 milliards d'euros de dettes en 2015. Non seulement la dette de la CADES se réduit, mais elle se réduit nettement plus vite que les 10,8 milliards de déficit constatés au titre de cette même année et conservés à l'ACOSS. Ce désendettement se poursuivra en 2016, à hauteur de plus de 7 milliards d'euros, et en 2017, à hauteur d'environ 10 milliards d'euros. Donc, même en tenant compte de la dette de l'ACOSS, qui va se stabiliser en 2018, le désendettement est réel et s'accélère.

Ce PLFSS comporte des mesures dans le droit fil de celles prises les années précédentes, qui permettront d'atteindre l'objectif fixé. Je vous rappelle que tous les ans, année après année, non seulement nous avons atteint l'objectif voté par vous en LFSS initiales, mais, la plupart du temps, nous avons fait mieux. Tout cela découle directement de nos décisions, que vous avez validées. Oui, ce sont des décisions d'économies supplémentaires, tant sur l'assurance maladie que sur les autres dépenses sociales, dans le cadre du plan global d'économies que nous menons depuis 2014 sur l'ensemble des administrations publiques. C'est également la décision de compenser à la sécurité sociale le coût du pacte de responsabilité et de solidarité. Je vous rappelle que la réduction du déficit de la sécurité sociale se fait nonobstant l'allègement des cotisations des employeurs et des salariés à l'ensemble de ces régimes.

L'ONDAM a été respecté ces six dernières années et il le sera à nouveau en 2016, malgré une cible historiquement ambitieuse de 1,8 %. En 2017, c'est un montant total d'un peu plus de 4 milliards d'euros d'économies qui est attendu, soit un effort supplémentaire de 700 millions d'euros. Ces réformes ont été engagées dans le cadre du plan ONDAM sur l'efficacité des dépenses hospitalières, le virage ambulatoire, la maîtrise des dépenses de produits de santé et l'amélioration de la pertinence des soins. Tout cela a porté ses fruits en 2015 et 2016 et continuera à monter en charge en 2017. Ce sont bien là des réformes structurelles. Des mesures complémentaires permettront notamment de mieux faire face au coût de l'innovation thérapeutique. Les dépenses nouvelles pour le système de santé induites par la convention médicale et les mesures salariales en faveur des agents de la fonction publique seront donc partiellement compensées par des économies supplémentaires. En tout cas, elles sont intégrées dans nos prévisions de dépense.

Toutefois, aller plus loin dans les économies nous aurait conduits à des décisions qui ne nous paraissent pas souhaitables, car nous voulons préserver les droits des assurés. C'est pourquoi l'ONDAM a été relevé en 2017 à 2,1 %, ce qui reste un taux exigeant, l'un des plus bas jamais connus pour les dépenses d'assurance maladie. Nous prendrons, par ailleurs, un ensemble de mesures complémentaires de redressement pour un montant total de l'ordre de 1,5 milliard d'euros. Ce principe avait été posé dès le programme de stabilité, au mois d'avril dernier. Je vais en décliner quelques-unes.

La fiscalité du tabac contribuera à la fois à l'objectif de redressement des comptes, mais aussi à la lutte contre un fléau pour la santé. Les mesures figurant dans le PLFSS permettront, d'une part, d'aligner les taxes sur le tabac à rouler, aujourd'hui plus faibles, sur celles sur les cigarettes et, d'autre part, de créer la contribution pesant sur le chiffre d'affaires des distributeurs de tabac. Nous visons, pour celle-ci, un rendement de 130 millions d'euros supplémentaires.

En outre, la lutte contre le développement des niches sociales se poursuit. Nous engageons, poursuivons et approfondissons la lutte contre la fraude à la fois aux prestations et aux cotisations, dans le cadre du plan national de lutte contre la fraude qui a été présenté le 14 septembre dernier. L'objectif est de passer à la vitesse supérieure, pour un gain de 500 millions d'euros. Nous avons doublé les résultats dans ce domaine entre 2011 et 2015. Cela constitue déjà une performance inégalée, et les mesures supplémentaires prévues en PLFSS permettront d'accroître le rendement des contrôles, notamment en facilitant la récupération des créances.

Nous attendons de nouvelles économies dans la gestion des organismes de sécurité sociale et des dépenses d'action sociale, pour environ 270 millions d'euros supplémentaires en 2017. Les excellents résultats des mesures d'économie exigeantes prises depuis 2012 ont permis des baisses de dépenses nettement plus importantes que prévu à l'origine. Cela a conduit le Gouvernement à fixer des objectifs encore et toujours ambitieux pour les années à venir.

Enfin, certaines réformes engagées montent en charge et produisent des économies, comme celle du congé parental, le tout pour 350 millions d'euros.

L'État compense les manques à gagner supportés par la sécurité sociale du fait du pacte de responsabilité et de solidarité pour un peu plus de 13 milliards d'euros en trois ans. Pour 2017, cette compensation sera assurée par l'extension de certaines recettes temporaires qui avaient compensé le pacte, comme celles sur la caisse de congés payés, et le coût en année pleine des baisses de cotisations étendues au 1^{er} avril 2016. L'État compensera donc un ensemble d'exonérations de cotisations sociales qui n'étaient pas jusqu'à présent compensées. Ce mécanisme est une garantie de protection des recettes sociales : toute mesure coûteuse sur ces dispositifs sera à l'avenir compensée par l'État, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent.

Quelques mots, enfin, sur les orientations et les réformes que nous proposons dans le cadre de ce PLFSS. L'horizon ultime n'est pas 2017. Nous devons poursuivre certaines démarches engagées pour que le système de prélèvements sociaux soit davantage adapté aux besoins des populations, notamment aux travailleurs indépendants.

Le PLFSS achève d'abord de réorganiser les relations entre les URSSAF et le RSI, à la suite du rapport rendu par vos collègues Sylviane Bulteau et Fabrice Verdier, et des orientations déjà prises au cours des années précédentes. Les actions menées sur le terrain depuis 2012 montrent, en effet, que seul un travail de confiance et une responsabilité partagée entre les deux réseaux sont de nature à assurer une qualité de service digne de ce nom pour les assurés. L'interlocuteur social unique (ISU) était une répartition des tâches mal conçue, mal mise en œuvre et qui s'est révélée inapplicable. Lorsqu'il s'agit de mettre fin à une crise aussi grave, il faut se garder des grands discours et des formules creuses. Je rappelle à ceux qui l'auraient oublié que les travailleurs indépendants paieraient des cotisations plus élevées s'ils étaient affiliés au régime général. Il faut donc être pragmatique pour tester sur le terrain les solutions qui paraissent efficaces. C'est ce que nous avons fait avec la réforme du

recouvrement des cotisations votée en 2012, puis la réorganisation au niveau local en 2014. Il faut désormais aller plus loin, en établissant clairement dans la loi les responsabilités du RSI et des URSSAF. Une chaîne hiérarchique unifiée est ainsi établie en parallèle, parce que l'essentiel des enjeux pèse sur ce domaine. Nous engageons une importante refonte des systèmes d'information. L'ISU créé en 2008 sera donc supprimé.

Par ailleurs, parce que notre économie se transforme et qu'il faut l'accompagner, notre système de prélèvement doit être adapté en fonction de ces évolutions. Le Gouvernement entend donc poursuivre le travail de clarification des règles applicables aux activités économiques dites « accessoires » commencé en 2015 en loi de finances, qui a notamment donné lieu, à travers une instruction fiscale parue au mois de septembre, à un rappel de la définition du partage de frais. Pour aller plus loin, il faut aussi s'assurer que les règles qui régissent l'affiliation des activités professionnelles sont claires et adaptées à une concurrence non faussée entre l'économie dite « traditionnelle » et les plateformes numériques. Or, dans le domaine des locations de biens entre particuliers, par exemple, force est de constater que la frontière qui permet d'identifier les situations professionnelles est peu claire. En l'état du droit, il est probable qu'une activité régulière de location de logement, même faiblement rémunérée, devrait faire l'objet d'une déclaration et que la non-déclaration serait sanctionnée en cas de contrôle. Il est donc souhaitable de fixer un seuil clair, à un niveau cohérent avec un revenu révélant une activité professionnelle accessoire réelle. Le seuil prévu est de 23 000 euros, par cohérence avec les seuils fiscaux. En outre, le projet de loi propose de simplifier les démarches pour que les personnes concernées puissent se déclarer comme autoentrepreneurs.

Alors que beaucoup de nos concitoyens doutent souvent de l'utilité des efforts qui leur sont demandés, rien n'est plus important que de leur montrer que les résultats sont au rendez-vous et les objectifs atteints. Il faut simplement dire la vérité, surtout lorsque cela consiste à reconnaître que les efforts payent. Dire la vérité aux Français et être responsables, nous l'avons fait dès 2012, lorsque les comptes publics étaient à la dérive, que les déficits dépassaient 5 % du PIB et que le déficit de la sécurité sociale était de 20 milliards d'euros. Oui, il était indispensable que chacun fasse des efforts ! Ce langage de vérité et de responsabilité a été tenu dès le départ et tout au long de la législature. Aujourd'hui, être lucide, c'est d'abord reconnaître que les résultats sont là. En 2017, le déficit du régime général et du FSV aura été divisé par plus de trois par rapport à 2013, et par plus de six par rapport à 2010. Au plus fort de la crise, il avait atteint le record de 28 milliards d'euros. La dette sociale poursuit sa baisse en valeur. À nouveau, je rappelle que ces résultats sont dignes de foi, puisqu'ils sont établis sur la base de comptes fiables, certifiés par la Cour des comptes. Le retour à l'équilibre était donc possible ; il supposait d'avoir le courage de prendre les mesures nécessaires, pas toujours populaires, à un redressement solide et progressif, sans relâcher l'effort. Je l'ai dit lors de la présentation du PLFSS à la presse.

Quel qu'il soit, le Gouvernement qui présentera la prochaine loi de financement de la sécurité sociale sera redevable à l'égard des Français, surtout, et du gouvernement qui l'aura précédé, un peu. Ainsi rétablie, la sécurité sociale a encore de beaux jours devant elle ; elle perdurera. Il lui faudra évoluer pour faire face aux besoins d'une société en mouvement. La sécurité sociale est un bien commun qui doit rester la colonne vertébrale de notre solidarité nationale.

Mme Laurence Rossignol, ministre de la famille, de l'enfance et des droits des femmes. Merci de me donner de nouveau l'occasion d'échanger avec vous, cette fois-ci à l'occasion du PLFSS 2017. Vous m'aviez invitée le 17 mai dernier pour débattre sur la

politique familiale, et je vous avais présenté les actions conduites par le Gouvernement pour adapter la politique familiale aux besoins des familles ainsi que ce que nous souhaitons encore entreprendre.

Le présent PLFSS s'inscrit dans la continuité des quatre précédents : il est socialement juste et budgétairement responsable. Il permettra en particulier la création de l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA), une avancée importante pour les familles monoparentales et les parents séparés.

Depuis 2012, la politique familiale est redevenue un outil de justice sociale répondant aux besoins de toutes les familles. Le Gouvernement a su la faire évoluer pour l'adapter aux transformations que vivent les familles. Il a fait le choix de regarder les huit millions de familles telles qu'elles sont, sans idée préconçue sur le modèle qu'elles doivent ou non adopter. Il a choisi de les accompagner toutes au plus près de leurs besoins, en veillant tout particulièrement aux familles les plus vulnérables. C'est ce qui a conduit le Gouvernement à augmenter de 25 % l'allocation de rentrée scolaire dès 2012 et à verser aux familles nombreuses ayant les revenus les plus faibles un complément familial majoré, créé en 2012 et revalorisé de 50 % sur cinq ans, passant de 165 euros à 219 euros, entre 2012 et 2016 ; la revalorisation sera poursuivie en 2017.

C'est aussi ce qui l'a conduit à aider et à accompagner les familles monoparentales, qui représentent plus d'une famille sur cinq. S'intéresser à ces familles, composées à 85 % de femmes, c'est aussi faire progresser les droits des femmes et des enfants. En devenant secrétaire d'État, j'ai souhaité faire des familles monoparentales une priorité et j'ai, bien entendu, renforcé cette impulsion en tant que ministre chargée de la politique familiale.

La monoparentalité s'accompagne souvent d'une grande vulnérabilité et d'un risque plus élevé de précarité. Cette situation est accentuée par le fait que, dans plus d'un cas sur trois, la pension alimentaire n'est pas payée ou payée irrégulièrement ou partiellement. Le Gouvernement a donc décidé de revaloriser l'allocation de soutien familial de 25 % sur cinq ans ; le montant de cette prestation est passé de 89 euros à 105 euros, et la revalorisation, là encore, se poursuivra en 2017.

La garantie contre les impayés de pensions alimentaires (GIPA), expérimentée dans une vingtaine de départements pendant dix-huit mois, a été généralisée le 1^{er} avril 2016. Elle permet aux CAF d'améliorer le recouvrement des pensions alimentaires impayées et de les reverser à leurs bénéficiaires. Elle permet aussi de compléter les pensions alimentaires de faible montant – même si elles sont payées – à hauteur de 105 euros par enfant et par mois.

Mais les politiques sociales ne sont pas que prestations et équilibre, ce sont aussi les politiques du lien social. Autre innovation sociale, j'ai souhaité impulser et accompagner la mise en place d'un réseau d'entraide des familles monoparentales : Parents solos et compagnie. Ce réseau est une démarche d'analyse des besoins par la concertation, une méthode d'implication des pairs dans les politiques publiques les concernant, une approche décloisonnée des sujets. La création de l'ARIPA constituera une étape supplémentaire dans la politique volontariste du Gouvernement en faveur des familles monoparentales. L'Agence informera les parents séparés sur leurs droits et les accompagnera dans leurs démarches.

S'appuyant sur les conclusions remises par les trois inspections générales en septembre aux ministres des finances, de la santé, de la justice et des familles, l'article 27 du PLFSS propose à votre assemblée la réalisation concrète de cette agence en deux temps. Dès

le 1^{er} janvier 2017, l'Agence se verrait confier le recouvrement des pensions impayées pour tous les créanciers ayant à charge des enfants de moins de vingt ans, y compris s'ils sont de nouveau en couple, et ce sans qu'ils aient l'obligation d'avoir épuisé les autres voies de recours préalables. Cela permettra un recouvrement plus réactif et efficace auprès de l'ensemble des parents débiteurs défaillants dès le premier mois d'impayé. Toujours en 2017, le PLFSS propose de confier à l'Agence un rôle d'intermédiation, sur décision du juge, en cas de violences ou de menaces par le débiteur de la pension. Les personnes qui en sont victimes pourront ainsi bénéficier des services de l'Agence, qui encaissera directement les pensions auprès de l'ancien conjoint et les reversera au créancier.

Dans un second temps, à compter de 2018, il est proposé que l'Agence puisse donner une force exécutoire aux accords amiables fixant une pension alimentaire entre parents non mariés. À partir d'un barème national, l'Agence pourrait sécuriser le montant des pensions et en assurer le recouvrement en cas d'impayés ultérieurs. Cette proposition s'articule parfaitement avec le projet de loi de modernisation de la justice au XXI^e siècle. Dans le tour de table interministériel qui a précédé la mise en place de cette agence, le ministère de la justice a été particulièrement allant.

La branche famille de la sécurité sociale s'implique fortement dans la lutte contre la pauvreté des familles monoparentales et gère déjà l'allocation de soutien familial ainsi que la GIPA. C'est pourquoi l'article 27 propose de confier à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), en lien avec la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA), la responsabilité de mettre l'Agence en place. Cette démarche d'innovation au plus près des besoins des familles ne peut se passer de l'appui des organismes de la branche famille. Ainsi, l'article 27 est important à plusieurs égards. La création de l'Agence contribuera à responsabiliser les parents débiteurs et à réduire la pauvreté des foyers monoparentaux. Solidarité nationale et lutte contre la pauvreté, cohésion sociale et respect des décisions de justice en sont les principaux enjeux.

Il est également proposé de simplifier les circuits de versement du complément de libre choix de mode de garde (CMG) et de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) afin d'aider toutes les familles qui recourent à un mode d'accueil individuel. L'article 28 du PLFSS prévoit en effet plusieurs mesures de simplification du CMG. Il propose également d'étendre, à compter du 1^{er} janvier 2018, les missions des centres nationaux Pajemploi et CESU. Enfin, ces dispositions prévoient d'intégrer davantage, à partir du 1^{er} janvier 2018, le circuit de versement des aides pour la garde à domicile. Ces mesures simplifient les circuits de versement du CMG. Elles ont aussi pour objectif de limiter les avances de trésorerie des familles qui ont recours à ces modes d'accueil.

Si la France conjugue un taux élevé de natalité – presque deux enfants par femme – et une forte activité des femmes – 80 % des femmes en couple avec un enfant âgé de moins de trois ans travaillent –, c'est grâce au nombre de solutions d'accueil que nous proposons et à leur accessibilité financière pour toutes les familles. En quatre ans, 70 000 nouvelles places de crèches ont été créées. Le nombre de places d'accueil collectif augmente nettement chaque année. Afin de soutenir l'investissement des collectivités locales, en plus des aides financières à la création et à la rénovation des établissements, la branche famille a financé 2 000 euros supplémentaires par place d'accueil pour toute création de place décidée en 2015. Cette aide supplémentaire a été reconduite en 2016 dans les territoires prioritaires.

Mais les collectivités locales ne semblent pas s'être pleinement saisies des moyens mis à leur disposition et, devant ce constat, le Gouvernement a pris de nouvelles mesures.

Nous avons mis en place les crèches à vocation d'insertion professionnelle, qui permettent à la fois l'accueil des jeunes enfants et l'accompagnement des mères isolées vers un retour à l'emploi. Nous avons relancé la scolarisation des enfants de moins de trois ans, qui avait été divisée par trois entre 2001 et 2012, et nous apportons un soutien et une sécurisation particuliers aux maisons d'assistance maternelle (MAM), avec, depuis janvier 2016, une aide au démarrage de 3 000 euros versés aux nouvelles MAM respectant une charte de qualité et implantées dans les territoires sous-couverts en modes d'accueil. Un guide du ministère relatif à ces maisons a été publié en mai et diffusé à l'ensemble des acteurs de terrain. C'est un véritable outil pour les porteurs de projet, collectivités locales et assistantes maternelles. Ces mesures s'inscrivent dans un plan global de soutien aux assistants maternels, qui souffrent de la conjoncture économique mais aussi de la démographie vieillissante de leur profession. Elles sont convergentes avec le rapport sur les MAM rendu en juin par les sénatrices Michelle Meunier et Caroline Cayeux.

Cette politique familiale est à la fois juste socialement et sociologiquement ainsi que responsable budgétairement. Elle s'est notamment traduite par une baisse du plafond du quotient familial pour les familles les plus aisées, soit moins de 5 % des foyers fiscaux, mais également par une mesure d'équité dont votre assemblée est à l'origine et dont vous pouvez être fiers : la modulation des allocations familiales. Bien que ces allocations restent universelles, 450 000 familles, c'est-à-dire moins d'une famille bénéficiaire des allocations familiales sur dix, perçoivent un montant moindre.

Outre sa dimension essentielle de justice sociale, la politique familiale que nous menons a permis de garantir la pérennité de la branche, qui était menacée par un niveau de déficit très important. La pertinence de ces mesures est confortée par les résultats de la branche. Son déficit se résorbe de plus de 500 millions d'euros en 2016, le ramenant à 1 milliard, contre 2,5 milliards en 2012, et le solde de la branche sera en équilibre en 2017.

En matière de politique familiale, le PLFSS 2017 est donc dans la continuité de la politique ambitieuse que nous conduisons depuis 2012. L'effort budgétaire que nous avons déployé sur la durée a permis de financer les revalorisations des prestations familiales pour les familles qui en ont le plus besoin. Les prestations familiales ont ainsi joué un rôle d'amortisseur social que bien d'autres États européens nous envient.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Je vais à présent donner exceptionnellement la parole au rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, M. Arnaud Viala, qui doit se rendre dans l'hémicycle pour présenter des amendements sur la loi montagne.

M. Arnaud Viala, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). La branche accidents du travail et maladies professionnelles est la seule branche du régime général à présenter un solde excédentaire depuis 2013. D'après les prévisions du PLFSS 2017, celui-ci devrait s'élever à près de 700 millions d'euros l'année prochaine, ce dont on peut se réjouir. La qualité du dialogue social et le caractère constructif et responsable des débats menés au sein de la branche ne sont sans doute pas pour rien dans ces bons résultats.

Si plusieurs mesures législatives et réglementaires récentes ont permis d'aborder les problématiques de santé au travail, je ne peux que regretter que, cette année encore, le PLFSS 2017 ne comporte aucune mesure nouvelle relative à la couverture du risque accidents du travail et maladies professionnelles. J'ai pourtant pu constater, lors des auditions, que

plusieurs interrogations se font jour au sein de cette branche. Je tiens d'ailleurs à souligner la qualité des auditions qui ont émaillé tout le mois de septembre ainsi que la disponibilité et la précision des interlocuteurs que nous avons rencontrés lors des différentes séquences de travail.

Je voudrais appeler votre attention sur quatre sujets en particulier. Le premier sujet d'inquiétude concerne le montant du transfert de l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. Cette année encore, le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration a été fixé à 1 milliard d'euros. Ce montant a été multiplié par rien moins que sept depuis 1997. Nombre de personnes auditionnées ont exprimé leur inquiétude quant à l'augmentation de ce versement. Elles ont notamment insisté sur la nécessité de rendre plus objectifs et plus transparents les critères utilisés pour arriver à ce montant. Je suis moi-même convaincu que la hausse continue du montant du transfert ne constitue pas une réponse optimale au phénomène de sous-déclaration.

Ma question à ce sujet est triple. Est-il possible de rendre l'évaluation de ce montant plus objective et transparente ? Que préconisez-vous pour limiter ce phénomène de sous-déclaration ? Pouvez-vous nous dire ce que vous considérez être le rapport de cause à effet entre l'augmentation de ce transfert et la limitation effective du volume et de l'accroissement de la sous-déclaration ?

Ma deuxième interrogation est liée à la pénurie de médecins du travail. L'évolution de la démographie médicale dans la spécialité est, en effet, extrêmement défavorable et la situation devrait encore s'aggraver dans les années à venir. Cette situation compromet gravement la capacité des services de santé au travail à assumer l'ensemble des missions qui leur sont dévolues par le code du travail. Afin d'y remédier, le statut de collaborateur médecin a été créé par la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, puis réformé par la loi de modernisation de notre système de santé, du 26 janvier 2016. Ce statut permet de créer une passerelle vers la spécialité de médecine du travail pour les médecins d'autres spécialités. Si cette réforme va dans le bon sens, elle ne permettra pas à elle seule de remédier entièrement à la pénurie de médecins du travail. Les passerelles entre les différentes spécialités médicales doivent être davantage encouragées. Quelles mesures préconisez-vous pour enrayer la pénurie ?

Ma troisième question concerne la procédure complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles et des maladies psychiques. Plusieurs personnes auditionnées se sont interrogées sur la pertinence du taux de 25 % d'incapacité permanente nécessaire à la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Les organisations syndicales ainsi que l'Association des accidentés de la vie se sont ainsi prononcées en faveur d'une diminution, voire d'une suppression de ce taux. Cela permettrait une meilleure reconnaissance des maladies psychiques – dont l'augmentation inquiète de plus en plus de monde – *via* la procédure complémentaire. Quel est votre avis sur le sujet ?

Enfin, le dernier volet de mon intervention porte sur la question centrale de la prévention. Au terme des auditions conduites pour ce rapport, j'ai le sentiment que, malgré tous les efforts entrepris, beaucoup reste à faire, tant le nombre et la variété des risques sont en constante évolution, autant d'ailleurs que leur nature, avec l'émergence incessante de risques nouveaux, tant, enfin, il semble dorénavant indispensable d'élargir considérablement le périmètre des actions à entreprendre pour assurer une prévention efficace. C'est un chantier immense qui part de la formation et passe par l'organisation du travail, mais aussi les rythmes

et la pratique de mobilité au sein de l'entreprise et durant une carrière individuelle. On ne peut aujourd'hui se satisfaire d'une vision trop sectorisée ; il faut, me semble-t-il, envisager la question de la prévention, notamment des troubles musculo-squelettiques, comme une donnée inhérente à la réflexion à conduire sur le rôle et la place du travail dans la vie de chacun.

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Comment ne pas se réjouir, objectivement, de la baisse tendancielle des déficits des différentes branches de la sécurité sociale que l'on constate depuis 2012 ? Son intérêt majeur est que le quasi-équilibre du régime général en 2017 ne donnera aucune prise à de prétendues réformes de structure qui viseraient avant tout à transférer à l'assurance privée une charge à l'heure actuelle assumée – et ce plus encore ces dernières années – par l'assurance maladie solidaire et universelle qui fait partie de notre pacte social.

Dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de 2016, le ministre du budget indiquait que la Cour des comptes a recommandé de transférer, sans attendre l'extinction de la CADES, le déficit porté par l'ACOSS, soit une quinzaine de milliards d'euros. Manifestement, ce choix n'a pas été le vôtre pour 2017. Vous fondez-vous, pour ce choix, sur des éléments permettant de ne pas croire à une remontée des taux d'intérêt qui dégraderait les conditions de l'amortissement et mettrait en péril l'objectif d'extinction de la CADES en 2024 ?

Une première réponse à d'autres questions importantes posée par notre droit social est apportée dans ce PLFSS. Il s'agit notamment d'affilier au régime social des indépendants les personnes qui retirent plus de 23 000 euros par an de la location de locaux d'habitation pour de courtes durées. Pour assurer l'effectivité de cette mesure, envisagez-vous la mise en place de mécanismes de contrôle particuliers ?

L'article 15 est destiné à lutter contre la fraude au détachement en soumettant à une pénalité les donneurs d'ordre qui ne seraient pas en état de prouver que les travailleurs détachés sont affiliés à un régime étranger de sécurité sociale. Nous savons que cette question doit être accompagnée au niveau européen. Pouvez-vous nous indiquer où en sont les discussions à Bruxelles ?

Enfin, l'article 16 instaure une contribution nouvelle assise sur le chiffre d'affaires des fournisseurs de tabac. Le produit de cette taxe est destiné à financer un fonds de prévention et de lutte contre le tabagisme. Pouvez-vous faire le point sur le processus de création de ce fonds ?

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour la branche assurance maladie. Le redressement des dépenses de la branche maladie, et plus particulièrement de sa composante majeure, l'ONDAM, a constitué une constante de l'action menée par notre majorité. L'objectif d'équilibre a nécessité des efforts importants, ce que tous les acteurs du système de santé rencontrés dans le cadre de la préparation de ce PLFSS n'ont pas manqué de souligner.

En 2017, le déficit prévisionnel de la branche maladie est fixé à 2,6 milliards tous régimes confondus, soit 3 milliards de mieux que le déficit prévu pour 2015. Cette amélioration trouve son fondement dans le respect des enveloppes de l'ONDAM, dont l'évolution a été particulièrement contenue depuis 2012. Il s'agit d'un effort sans précédent, tant la dynamique des dépenses de santé, encouragée par le défi de la longévité, tendait au contraire à l'augmentation de ces dépenses.

Les économies proposées aujourd'hui concernent tout d'abord le médicament, avec la réforme du taux L, la prorogation du montant W et la réforme des modalités de fixation ou de révision des prix par le Conseil économique des produits de santé (CEPS).

Les établissements hospitaliers ont été particulièrement mis à contribution pour améliorer l'efficacité de leur activité, et je souhaite ici saluer leur importante contribution au respect du taux d'évolution de l'ONDAM. Le texte que nous allons examiner parachève aussi la fin du « tout T2A » amorcée dans les PLFSS précédents.

Je tiens à insister sur deux apports majeurs de ce texte. Je pense tout d'abord au fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique, dont l'objet consiste à lisser les dépenses liées aux médicaments innovants en prenant en charge le surcoût des traitements que l'ONDAM ne pourra assumer seul. Il s'agit d'un pas important en matière d'accès à l'innovation pharmaceutique pour tous les patients, et je tiens à le saluer.

Je pense aussi au fonds national de démocratie sanitaire, qui concrétise l'« an II de la démocratie sanitaire » appelé de ses vœux par Mme Claire Compagnon. J'ajoute que l'abondement du fonds par les produits issus des droits de consommation sur les tabacs formalise, concomitamment à celui de la branche maladie, un tournant majeur. Les recettes issues de la consommation du tabac financeront demain la politique publique de santé, ce dont je me félicite.

Je souhaite conclure cette intervention par une remarque et trois questions. Une remarque : les efforts consentis depuis 2012 n'ont pas obéré l'égalité d'accès aux soins. Citons, à cet effet, la généralisation de l'accès à un régime de santé engagée avec la protection maladie universelle et opérée avec la loi de financement pour 2016. Reprenons également à notre compte la récente étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) soulignant que la part du reste à charge des ménages dans la consommation de soins et de biens médicaux a encore diminué pour la quatrième année consécutive, pour s'établir à 8,4 % en 2015. Au sein de l'Union européenne des Quinze, la France est ainsi le pays où le reste à charge des ménages est le plus réduit.

J'aimerais enfin vous poser trois questions. L'article 43 du projet de loi propose d'améliorer la protection maternité des femmes médecins en leur offrant une aide financière pendant leur congé maternité. Nous ne pouvons que nous féliciter de cette disposition qui rapproche les droits des femmes médecins de ceux des femmes salariées du régime général et encourage les jeunes femmes médecins à exercer leur activité en libéral. J'ai néanmoins été sollicitée par les représentants d'autres professions de santé – masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers – qui souhaiteraient pouvoir bénéficier d'une telle aide. Par souci d'équité, pourrait-on envisager, dans un prochain PLFSS, une réforme plus globale visant à instaurer une protection maternité pour l'ensemble des professions paramédicales et médicales ?

Par ailleurs, vous connaissez mon engagement dans la lutte contre le tabac. Je souhaiterais pouvoir étendre la prise en charge du forfait tabagique aux personnes de moins de cinquante ans ayant eu un AVC ou un infarctus précoce. Êtes-vous favorable à une telle initiative ? Par ailleurs, vous savez que le tabac est un marqueur social. Les bénéficiaires du RSA socle et du RSA activité bénéficient-ils bien de l'extension du forfait tabagique à 150 euros ?

Enfin, l'article 48 propose de prolonger d'un an le dispositif expérimental de parcours des personnes âgées prévu par l'article 70 du PLFSS pour 2012. Afin de disposer

d'une évaluation aussi pertinente que possible, et compte tenu de l'importance du cadre expérimental des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA), je suis convaincue de la nécessité de prolonger ce dispositif jusqu'au 31 décembre 2018. L'ensemble des expérimentations pourraient être alignées sur cette date.

M. Philip Cordery, rapporteur pour la branche médico-sociale. Notre majorité a fait du secteur médico-social l'une de ses grandes priorités depuis 2012. La croissance continue de l'ONDAM médico-social, la création d'un plan pluriannuel de création de places et la revalorisation de l'APA sont autant d'illustrations de notre forte mobilisation.

L'examen de la loi d'adaptation de la société au vieillissement a également constitué un moment important de nos débats parlementaires en faveur des personnes âgées dépendantes. Nous restons attentifs à sa mise en application et nous félicitons de la publication rapide des textes réglementaires qu'elle prévoit.

J'aimerais vous interroger sur trois sujets.

Concernant les crédits du secteur médico-social, je tiens à rappeler l'augmentation constante de l'objectif global des dépenses (OGD), en progression de 11,5 % depuis 2012. En fixant l'OGD à 21,5 milliards d'euros pour 2017, avec 590 millions d'euros de crédits nouveaux, le Gouvernement confirme son engagement en faveur du financement de mesures nouvelles. Ces ressources supplémentaires permettront notamment de soutenir les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans la mise en œuvre de la nouvelle tarification, à hauteur de 185 millions d'euros, et de financer des créations de places supplémentaires dans les établissements et services médico-sociaux, à hauteur de 209 millions pour les personnes handicapées et de 85 millions pour les personnes âgées dépendantes.

Des crédits supplémentaires seront également consacrés à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile et à l'appui aux bonnes pratiques dans le cadre d'un nouveau fonds doté de 50 millions, et je m'en félicite. C'est une demande forte du secteur, qui m'a souvent été faite lors des auditions. Le Gouvernement peut-il préciser les contours et les principaux objectifs de ce futur fonds ? Quelles seront les parts respectivement versées aux conseils départementaux et aux agences régionales de santé ?

L'enjeu spécifique des réserves de la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA) pose également question. Si ces réserves peuvent compléter l'ONDAM médico-social, elles n'ont toutefois pas vocation à compenser les mises en réserve des crédits médico-sociaux décidées en réponse aux dépassements de l'ONDAM soins de ville. Pourriez-vous, en conséquence, clarifier les perspectives d'utilisation des réserves de la CNSA ?

Le deuxième sujet est relatif à l'article 46 du PLFSS, qui adapte les règles de tarification applicables aux établissements et services médico-sociaux. Cet article tire les conséquences de la généralisation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et complète la réforme de la tarification engagée par la loi d'adaptation de la société au vieillissement et par la LFSS de 2016. Pouvez-vous nous indiquer l'état d'avancement des décrets relatifs aux tarifs applicables en EHPAD, prévus par la loi du 28 décembre 2015 ? Les établissements seront-ils notamment en mesure d'appliquer ces nouvelles règles au 1^{er} janvier 2017 ? S'agissant de la modulation des dotations versées aux établissements accueillant des personnes handicapées, des mécanismes seront-ils prévus afin de maîtriser leurs évolutions à la baisse ?

Enfin, au-delà du texte, le dernier sujet que je souhaite aborder concerne la prise en charge de Français en situation de handicap en Belgique. La mise en œuvre de l'accord franco-wallon et la création d'un fonds d'amorçage de 15 millions d'euros consacrés à cet enjeu constituent des réponses fortes qu'il convient de saluer. Le recensement de cette situation s'est considérablement amélioré et l'organisation d'inspections conjointes franco-wallonnes garantit un contrôle renforcé de la qualité de l'accueil des Français concernés. J'ai d'ailleurs pu mesurer, à l'occasion d'un déplacement dans le Nord de la France et en Belgique le 30 septembre dernier, l'effectivité de cette coopération à l'échelle locale.

De nombreuses difficultés demeurent toutefois sur le terrain. Je citerai notamment l'insuffisante implication des départements dans le contrôle des établissements, la lourdeur des procédures suivies par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans le retraitement systématique des dossiers et le manque de cohérence concernant les frais de transports des élèves scolarisés dans des établissements spécialisés mais non hébergés. En outre, les services d'aide et d'accompagnement à domicile semblent rester en marge des dispositifs d'accompagnement, alors qu'ils constituent une alternative adaptée aux départs non choisis. Quelles réponses le Gouvernement entend-il apporter à ces difficultés concrètes ? Le plan de prévention des départs non choisis et le fonds d'amorçage pourraient-ils s'inscrire dans une démarche pluriannuelle ? Quelles mesures peut-on envisager pour renforcer la coopération entre les acteurs, notamment ARS et départements, et le décloisonnement des secteurs ?

Mme Annie Le Houerou, rapporteure pour la branche assurance vieillesse. Le redressement des comptes de l'assurance vieillesse est aujourd'hui une réalité. Revenue à l'équilibre en 2015, la branche vieillesse devrait dégager un excédent de 1,1 milliard d'euros en 2016 puis de 1,6 milliard d'euros en 2017. Ce redressement financier de notre système de retraites s'est accompagné du renforcement des dispositifs de solidarité et d'équité à destination des femmes, des jeunes, des assurés handicapés, des non-salariés agricoles et des assurés à carrière heurtée. Il s'est également accompagné de la prise en compte de la pénibilité pour permettre à ceux qui sont le plus exposés à des risques professionnels de partir plus tôt à la retraite, de garantir aussi un droit opposable à la retraite dès que les droits sont acquis.

Au moment d'entamer l'examen du dernier PLFSS de cette législature, je tiens donc à saluer votre ambition et votre détermination, que vous avez su faire partager, ainsi que la constance des efforts menés par notre majorité dans le domaine des retraites.

Trois sujets retiennent mon attention dans le cadre de ce PLFSS pour 2017. L'équilibre financier du Fonds de solidarité vieillesse n'est pas encore établi, mais le projet de loi apporte une réponse forte en prévoyant le transfert progressif du financement du minimum contributif du FSV vers les régimes de base. Ce transfert clarifiera ce qui relève, d'une part, du champ contributif et répond à une logique de solidarité professionnelle interne au régime de base et, d'autre part, ce qui relève de la solidarité nationale, gérée par le FSV. M. Eckert nous a indiqué que le FSV serait à l'équilibre à l'horizon de cinq ans. Le recentrage du fonds sur sa mission historique de financement des dispositifs de solidarité implique-t-il d'autres aménagements, voire des financements complémentaires ?

Ma deuxième question concerne l'élargissement du dispositif de retraite progressive. L'article 30 du projet de loi ouvre ce dispositif aux salariés exerçant plusieurs activités à temps partiel, auprès d'employeurs multiples. Il s'agit d'une avancée réelle pour ces salariés

jusqu'alors exclus de l'accès à une période transitoire entre la pleine activité et la retraite. Cette mesure concernera de nombreuses personnes employées à domicile.

L'équité pourrait toutefois être renforcée en ouvrant l'accès à la retraite progressive aux salariés en forfait jours. Il s'agit d'une demande de longue date de nombreux syndicats et caisses de retraite dont les conditions précises d'application pourraient être définies par un décret. Le Gouvernement serait-il prêt à procéder à cet élargissement ?

Je souhaiterais enfin vous interroger sur l'article 57, qui prévoit le transfert du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (SASPA) de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) à la Mutualité sociale agricole. Ce transfert inquiète beaucoup les députés girondins, qui portent la voix des personnels et de leurs représentants. La Caisse des dépôts et consignations remplit efficacement cette mission, aujourd'hui, auprès de 69 000 bénéficiaires du SASPA, avec 58 000 contrôles effectués chaque année.

Le transfert de ce service à la MSA, qui assure déjà ce service pour les personnes relevant du régime agricole, implique des moyens humains supplémentaires pour cette dernière et le redéploiement des 75 ETP (équivalents temps plein) aujourd'hui en charge du SASPA à Bordeaux sur d'autres missions confiées à la CDC. Quelles réponses entendez-vous apporter aux inquiétudes soulevées par cette mesure ? Quelles nouvelles missions allez-vous confier à la CDC pour développer son activité sur le site de Bordeaux et compenser la perte de cette activité SASPA ?

En conclusion, je m'associe au message de confiance que vous envoyez à nos concitoyens. Le système de retraite par répartition est un système de solidarité auquel nous sommes très attachés, et les jeunes générations peuvent avoir confiance en son avenir.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille. Le difficile défi devant lequel se trouvait la branche famille a été relevé. D'une part, il fallait préserver, voire améliorer les prestations servies aux familles les plus modestes et, d'autre part, redresser les comptes afin de ne pas mettre en péril l'avenir de la branche.

Le redressement des comptes de la branche famille est spectaculaire. Alors que le déficit atteignait 3,2 milliards en 2013, le solde de la branche a connu une amélioration continue et significative. Le PLFSS pour 2017 prévoit un retour à l'équilibre des comptes l'année prochaine, ce dont on peut se réjouir.

Les réformes engagées depuis 2012 pour réduire les déficits de la branche se sont également faites avec le souci permanent de préserver les familles modestes. La mise en place de la modulation du montant des allocations familiales en fonction du revenu a largement contribué à l'atteinte de cet objectif, et je souligne que la mise en œuvre de cette réforme s'est faite sans difficulté.

Surtout, la politique menée ces dernières années a permis de renforcer le caractère redistributif des prestations familiales en faisant du soutien aux familles les plus fragiles, en particulier des familles monoparentales, une priorité. La mise en œuvre du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté en 2013, a largement contribué à l'amélioration des aides versées aux familles les plus défavorisées.

En même temps, la majorité a mené une politique d'action sociale ambitieuse, caractérisée par le développement de nouveaux services aux familles, notamment en matière d'aide à la parentalité.

Ces avancées n'auraient pas été possibles sans une modernisation importante du réseau des caisses d'allocations familiales, qui, malgré une charge de travail croissante, ont su s'adapter pour améliorer l'offre de services proposée aux allocataires.

En dehors de l'objectif de dépenses, le PLFSS pour 2017 comporte deux articles concernant directement la branche famille. L'article 27 crée une agence de recouvrement des pensions alimentaires ; il s'agit d'une avancée majeure qui s'inscrit dans la continuité des mesures déjà prises en faveur des parents isolés confrontés à des impayés de pension alimentaire, en particulier la généralisation du dispositif de garantie contre les impayés. Cette agence prendra la forme d'un service national adossé à la CNAF. Je m'interroge toutefois sur la charge de travail que représenteront les nouvelles activités de cette agence, liées en particulier à la délivrance de titres exécutoires pour les accords amiables entre les parents et au rôle d'intermédiation financière entre les parents en présence d'un débiteur violent. Comment la CNAF a-t-elle prévu de faire face à cette charge de travail supplémentaire ?

L'article 28 simplifie, quant à lui, le bénéfice des aides accordées aux particuliers employeurs pour la garde d'enfants grâce à une réforme du versement du complément du libre choix du mode de garde dont bénéficient les familles employant un assistant maternel ou une garde à domicile. Cette mesure simplifiera la vie de ces familles mais elle a aussi un fort impact sur les systèmes d'information des branches famille et recouvrement. Une amélioration des dispositifs d'échange entre les organismes est-elle prévue dans ce cadre et selon quelles modalités ?

Par ailleurs, cet article instaure une date limite de déclaration par les particuliers employeurs des salaires dus aux employés à domicile au centre Pajemploi. Toutefois, aucune sanction n'est prévue à cet article en cas de non-respect de ces dispositions. Dès lors, comment est-il prévu de faire respecter cette obligation nouvelle ?

Enfin, l'article 28 permet aux particuliers employeurs, à titre optionnel, de déléguer à Pajemploi le versement de la rémunération du salarié. Dans ce cas, Pajemploi effectue le prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu du salarié. Ce nouveau service est facultatif. Toutefois, si les particuliers employeurs décidaient de ne pas confier à Pajemploi le versement de la rémunération du salarié, comment l'impôt de ce dernier serait-il intégré à sa rémunération dans le cadre du prélèvement à la source ? Le particulier employeur a-t-il réellement les moyens de déduire lui-même l'impôt de son salarié de la rémunération nette qu'il lui verse ?

M. Michel Issindou. C'est un plaisir de voir aujourd'hui notre vieille Sécu reprendre un peu des couleurs ! Les Français avaient fini par s'habituer à ses comptes en déséquilibre, alors que nous savons tous qu'il est malsain de financer des dépenses courantes à crédit. À travers les réformes que vous avez mises en œuvre – celle de la santé, des retraites, de la prise en charge du vieillissement ou des prestations familiales – et les différents PLFSS, vous avez réussi à renouer avec l'équilibre.

Les chiffres sont là, le ministre du budget l'a rappelé : moins 17 milliards d'euros de déficit au début du quinquennat, moins 0,4 milliard à la fin, et une dette qui commence à se

rétracter – au lieu de contester ces chiffres, certains devraient avoir l’humilité d’admettre que la Cour des comptes elle-même a salué ce redressement.

Les ministres ont, à tour de rôle, détaillé les politiques portées par le PLFSS pour 2017, qui témoignent qu’en faisant preuve de volontarisme, on peut avoir un système de santé en équilibre sans alourdir le reste-à-charge pour les patients, qui est aujourd’hui à un niveau historiquement bas. L’innovation thérapeutique n’a pas non plus été sacrifiée, on l’a vu avec la prise en charge du médicament contre l’hépatite C, fort coûteux.

Pour autant, mesdames et monsieur les ministres, vous êtes parvenus à faire des économies en révisant la politique du médicament, en rationalisant les dépenses hospitalières et en confirmant le virage ambulatoire, tout cela dans le cadre d’ONDAM tout à fait raisonnables puisque l’ONDAM le plus fort de ce quinquennat était inférieur à l’ONDAM le plus faible du quinquennat précédent. Vous nous avez démontré ainsi qu’il était possible de conjuguer rigueur et ambition.

En ce qui concerne les retraites, il n’est pas question de contester l’apport des réformes successives, même si elles n’étaient pas inspirées par la même conception de ce que doit être l’équilibre. Nous avons, pour notre part, engagé des mesures de justice très fortes, en faveur de tous les futurs retraités – jeunes, femmes, handicapés ou agriculteurs. Nous avons également permis à ceux qui avaient travaillé longtemps ou pratiqué des métiers pénibles de partir plus tôt à la retraite. L’opposition, d’ailleurs, ne conteste pas ces mesures sur le fond ; ce sont plutôt leurs modalités de mise en œuvre qui la dérangent, avec parfois, d’ailleurs, un brin de mauvaise foi.

Ce qui nous oppose surtout, c’est que les réformes de la droite touchaient l’âge de la retraite, tandis que nous avons choisi d’agir sur la durée de cotisation. Ainsi, ceux qui auront cotisé quarante-trois annuités en 2035, pourront-ils partir plus tôt s’ils ont commencé plus tôt, ce qui nous semble plus juste que de faire partir tout le monde à soixante-deux ans.

Nous avons vent de débats sur le report de l’âge de la retraite après soixante-deux ans, voire à soixante-dix ans : libre à l’opposition de mettre une telle réforme en œuvre si elle arrive au pouvoir l’an prochain mais, dans le contexte actuel, cela s’avérerait totalement inutile, puisque l’équilibre est rétabli et que le Comité de suivi des retraites réaffirme chaque année qu’il n’y a pas de risque majeur. Il y a donc, dans cette frénésie à vouloir toujours réformer les retraites, quelque chose d’incompréhensible.

Il en va de même pour la branche famille. Les PLFSS successifs ont permis de revenir à l’équilibre, tout en injectant plus de justice dans le système, pour soutenir les familles les plus en difficulté.

Dans le champ médico-social, la loi relative à l’adaptation de la société au vieillissement a été une réforme majeure, dont nous retrouvons la déclinaison dans ce PLFSS.

Mesdames, monsieur les ministres, nous sommes particulièrement fiers de ce que vous avez réussi au cours de ce quinquennat, et fiers surtout que vous ayez sauvé notre modèle social en ramenant à l’équilibre les comptes de la sécurité sociale.

Mme Bérengère Poletti. Mesdames les ministres, monsieur le ministre, on aimerait tant vous croire ! Faire disparaître le trou de la Sécu et sauver notre système de protection

sociale tout en maintenant à son niveau maximal notre généreuse protection sociale, c'est un peu le Graal pour les politiques que nous sommes, sur tous les bancs.

Évidemment, à l'approche d'élections nationales, il est toujours plus facile de tenir un discours plein de promesses plutôt que celui de la vérité. Et pourtant, il va falloir, encore, faire des efforts pour redresser les comptes et pérenniser notre système social. Il n'y a pas, d'un côté, les méchants de droite qui auraient tout faux, comme vous le répétez à l'envi, et, de l'autre, les gentils de gauche qui parviendraient, par un tour de passe-passe incroyable, en dépensant et en promettant toujours plus, à réduire les déficits. La ficelle est un peu grosse !

Soyons impartiaux. Il est vrai que vous avez fait des efforts... enfin, surtout les Français, le corps médical et paramédical, les industriels du médicament et les familles. Grâce à eux, nous le reconnaissons sans problème, vous avez réussi à infléchir de manière significative le déficit de la sécurité sociale, qui devrait même être inférieur pour 2016 à son niveau d'avant crise, en 2007. Après 10,2 milliards d'euros de déficit en 2015, nous devrions atteindre un solde de 7,1 milliards d'euros en 2016. C'est bien, mais c'est un minimum, et cela reste insuffisant.

Voilà pour les chiffres exécutés. Venons-en aux prévisions, puisque c'est l'objet de la discussion du PLFSS. Vous ne pouvez pas dire que le trou de la Sécu aura disparu l'année prochaine, c'est faux et vous le savez ! Mais les années électorales sont malheureusement prétexte à de beaux tours de prestidigitation.

Le trou de la Sécu – et nous en sommes les premiers désolés – n'aura pas disparu en 2017, nous devons la vérité aux Français ! D'abord, parce que la dette sociale cumulée s'élève, en 2015, à 156,4 milliards d'euros. C'est un fait incontestable, et l'on conçoit mal comment, en deux ans, elle pourrait s'évanouir. Ensuite, parce que même avec des pronostics proches de l'optimisme béat, vous arrivez quand même, pour 2017, à un déficit de 4,2 milliards d'euros, FSV compris. On est donc loin de l'équilibre.

Au passage, vous nous parlez toujours de la terrible réforme des retraites de 2010, des franchises et des déremboursements que vous aviez combattus. Pourtant, vous n'êtes revenus sur rien de tout cela, et pour cause ! Sans ces réformes courageuses que nous avons menées avant 2012, le solde que vous nous présenteriez pour 2017 serait alourdi de quelques milliards, et votre attitude serait certainement bien moins triomphale.

La Commission des comptes de la sécurité sociale estime à 6 milliards d'euros les économies liées au report de soixante à soixante-deux ans de l'âge de la retraite. On sait que les surcoûts liés aux mesures d'assouplissement des conditions de départ anticipé que vous avez votées en 2012 et 2014 se chiffrent à environ 3,2 milliards d'euros. Sans la structurelle et courageuse réforme des retraites que nous avons votée, c'est un déficit de plus de 8 milliards d'euros que vous annonceriez aujourd'hui.

Dans le déficit de nos comptes sociaux, il y a du conjoncturel – et nous en avons lourdement fait les frais avec la crise de 2008, qui a fait plonger les comptes, comme vous aimez à le rappeler – et du structurel. Gouverner, c'est prévoir, quand c'est possible. Aussi, éponger le conjoncturel par des coûts de rabots, comme vous l'avez fait, ce n'est pas sauver la Sécu. Il reste le déficit structurel, qu'il faut corriger tout en préservant un haut niveau de protection sociale et de la justice. Sur ce sujet, vous n'avez pas non plus été au rendez-vous. C'est la raison pour laquelle, nous sommes inquiets. En particulier en ce qui concerne la branche maladie.

La majorité de l'année prochaine aura à gérer l'immense malaise qui s'est installé dans le monde médical et paramédical, la situation impossible dans laquelle se trouve l'industrie pharmaceutique, pourtant l'un des fleurons de notre pays, les difficultés des hôpitaux et de leurs personnels, les inégalités croissantes entre les assurés sociaux constatées par la Cour des comptes.

Nous aurons le temps de débattre de tout cela tout au long de la discussion du PLFSS, mais voilà ce que je voulais rappeler en préambule, au nom des députés du groupe Les Républicains.

Je finirai par quelques constats sur l'ONDAM médico-social. En 2017, celui-ci est supérieur d'un point à celui fixé par la LFSS pour 2016 ; l'objectif global de dépenses prévoit 21,5 milliards d'euros pour les établissements et services accueillant des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes handicapées.

Certes, les crédits consacrés au soutien des politiques de l'autonomie apparaissent en progression, avec 590 millions d'euros supplémentaires. Cependant, ce que vous ne dites pas, c'est que cette progression est due, pour une bonne part, au transfert à l'assurance maladie des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), financés jusqu'alors sur le budget de l'État. C'est aussi une reprise considérable de 230 millions sur les réserves de la CNSA qui fabrique cet OGD : nous assistons donc à une fausse augmentation de l'ONDAM médico-social. On ne connaît d'ailleurs pas l'impact de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement sur l'ONDAM médico-social. Pouvez-vous nous renseigner sur ce point ?

Le PLFSS pour 2017 est pauvre en mesures nouvelles dans le champ social et médico-social. Nous manquons d'indications sur le nombre et la nature des créations de places en 2017. Nous manquons aussi d'engagements sur le plan pour les maladies neuro-dégénératives : le professeur Michel Clanet, président du comité de suivi du plan, admettait lui-même que son application se révélait fastidieuse, en raison d'une multiplicité d'acteurs et d'objectifs. D'autres responsables de son pilotage expliquent qu'« on ne peut pas dire que le Plan avance comme prévu, puisqu'il n'y a pas de planification de la mise en œuvre année par année ». C'est un peu gênant, madame la ministre !

Nous attendons vos réponses sur ces multiples sujets, et nous aurons l'occasion d'en débattre au cours de l'examen des amendements sur le texte.

M. Francis Vercamer. À entendre la présentation de ce PLFSS et à lire certains de ces articles, on ne peut que saluer l'exercice de communication auquel il a donné lieu et on ne peut s'empêcher de faire le parallèle avec les bandes annonces de certaines séries télévisées.

Le saviez-vous, mes chers collègues ? Nous vivons depuis 2012, tous les ressorts de la série *Total Report*, qui nous raconte comment une majorité et un gouvernement reportent totalement, d'année en année, les réformes structurelles touchant aux plus grands enjeux de la sécurité sociale. Voici donc la cinquième saison de cette série, qui s'annonce passionnante et commence dans un suspense insoutenable : le déficit de la sécurité sociale sera-t-il comblé après 2017 ?

Cette saison sera-t-elle plus proche d'*Outlander*, avec un gouvernement propulsé dans un passé où la sécurité sociale n'était pas déficitaire, ou de *Mentalist* mettant en scène un gouvernement usant de ses talents de psychologue, voire de magicien, pour faire passer un déficit réel de 4,2 milliards à un équilibre virtuel ? Cette saison relèvera-t-elle plutôt de

Scandal avec la captation des réserves de la CNSA ou celles de la formation permanente des personnels hospitaliers ? En tout cas, cette nouvelle saison ne s'apparentera pas à *Plus belle la vie*, et la déception est au bout de la télécommande : à vrai dire, on dirait plutôt une série dont on connaît à l'avance toutes les ficelles du scénario et qui nous endormirait presque avant la fin.

Pour revenir au fond de ce PLFSS, vous prévoyez une réduction du déficit de 3 milliards d'euros pour 2017, soit une prévision de déficit de 400 millions d'euros pour le régime général. Mais cette prévision repose sur des hypothèses économiques qui se caractérisent par leur manque de réalisme. Le Haut Conseil des finances publiques a rendu un avis particulièrement sceptique sur les prévisions de croissance retenues par le Gouvernement. Il envisage une activité économique ralentie, avec les conséquences que l'on sait sur l'emploi, et donc un impact sur les cotisations sociales. Nous ne pouvons, dans ces conditions, qu'être très réservés sur les prévisions de recettes.

Par ailleurs, cette présentation ne concerne que le déficit du régime général et occulte le maintien d'un déficit élevé du Fonds de solidarité vieillesse en 2017, pour un montant de 3,8 milliards d'euros. La réalité nous ramène donc bien à une prévision minimale de déficit de 4,2 milliards en 2017, loin de l'équilibre annoncé.

Vos chiffres reposent, de plus, sur une nouvelle ponction de 4 milliards d'euros opérée sur les dépenses d'assurance maladie, sur les dépenses de médicaments, en particulier, sollicitées à hauteur de 1,4 milliard d'euros en 2017. Une nouvelle fois, le médicament est dans la ligne de mire du Gouvernement et supporte, comme chaque année, près de 50 % des économies demandées à l'assurance maladie, alors qu'il ne représente que 15 % des dépenses de santé, politique bien sûr préjudiciable à l'innovation pharmaceutique.

En revanche, certains enjeux fondamentaux semblent ignorés. Il en est ainsi de l'accès aux soins, menacé par l'extension des déserts médicaux, auxquels s'ajoutent désormais les déserts paramédicaux et pharmaceutiques, conséquence directe de votre politique désastreuse. Il en est également ainsi du reste-à-charge supporté par les patients, de l'accélération du développement du secteur ambulatoire et de la nécessaire réforme du secteur hospitalier.

De même, en ce qui concerne la branche vieillesse, les mesures à prendre pour garantir l'équilibre financier de nos régimes de retraite dans les années à venir, après les mesures de la réforme Fillon de 2010 qui assurent l'équilibre actuel, ne sont toujours pas abordées par le texte.

Je rappelle au passage que l'équilibre attendu de la branche famille en 2017 se réaliserait, s'il était avéré, aux dépens de ces mêmes familles, qui supportent lourdement la fin de l'universalité des allocations familiales.

Enfin, le mode de financement de notre protection sociale reste un enjeu que vous aurez systématiquement refusé d'aborder au cours de ce quinquennat, alors même qu'il est essentiel pour garantir de façon pérenne la protection des Français et la compétitivité de nos entreprises.

Pour toutes ces raisons, vous comprendrez que le groupe UDI aborde ce PLFSS 2017 avec un avis défavorable. Oui, décidément faute d'un *cliffhanger* à la hauteur, cette saison 5

déçoit vraiment. Nous ne souhaitons pas qu'il y ait une saison 6, et l'on n'a qu'une seule envie face à ce gouvernement et à cette majorité : celle de les zapper !

Mme Dominique Orliac. Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, vous l'avez annoncé lors de votre conférence de presse face à plusieurs médias nationaux, de 17,4 milliards de déficit en 2011, nous nous apprêtons à voir, en 2017, le régime général de notre sécurité sociale présenter un solde négatif de 400 millions d'euros, lié au seul déficit de la branche maladie, les trois autres branches – retraite, famille, accidents du travail – étant à l'équilibre.

Alors que nous fêtons les soixante-dix ans de la sécurité sociale en 2015, toutes et tous ici avons relevé l'importance de laisser aux générations futures un pays aux finances saines, tout en instaurant une politique de santé de qualité. Avec ce texte, le déficit cumulé du régime général et du FSV devrait atteindre 4,2 milliards d'euros en 2017, niveau que nous n'avons plus atteint depuis 2002, tandis que l'ONDAM a lui aussi, été fixé à un taux historiquement bas : 2,1 %. Nous pouvons donc nous féliciter, même si l'opposition tire à boulets rouges sur ce PLFSS 2017 et son déficit, alors même que ces améliorations budgétaires sont également pour partie les fruits de réformes qu'elle avait elle-même adoptées sous la précédente législature.

Nous pouvons, en revanche, déplorer qu'à nouveau près d'un tiers des économies soient réalisées sur le médicament – ces trois dernières années, la moitié des 10 milliards d'euros d'économies réalisées par la sécurité sociale sont imputables aux industriels du médicament. Les acteurs de l'industrie pharmaceutique auditionnés par notre rapporteure Michèle Delaunay l'ont dit : ces économies ne seront pas sans conséquences. L'industrie du médicament est entrée en récession en 2012, et l'on a assisté à des pertes de brevets et à une baisse d'influence de l'industrie pharmaceutique française au plan international : représentant 5 % de la production mondiale il y a quatre ans, elle n'en représente plus aujourd'hui que 3,4 % environ. Quant à l'automédication ou médication officinale, je constate que sa ligne budgétaire a disparu.

Mais cette majorité a créé de nouveaux droits pour les patients. Ainsi, ce PLFSS 2017, n'en déplaise à l'opposition, présente des avancées, tout en tentant de raboter le déficit de notre sécurité sociale. Il prévoit notamment des mesures qui assurent l'accès aux médicaments innovants. Après la création du dispositif des garanties contre les impayés de pensions alimentaires, le groupe des radicaux de gauche et apparentés soutient également la création d'une agence de recouvrement de ces pensions, comme nous soutenons les dispositions de l'article 39 qui visent à prolonger le dispositif de la protection universelle maladie en prévoyant que les salariés justifiant de contrats courts puissent rester rattachés à leur caisse d'origine, au sein du régime général ou du régime des salariés agricoles, ou encore celles des articles 40 et 41, qui portent sur la prévention de l'aggravation du mal-être et la survenue de troubles mentaux chez les jeunes en améliorant la prise en charge de la souffrance psychique ainsi que la prise en charge financière par les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) des produits de santé correspondant à leurs missions de réduction des risques et des dommages.

Ayant porté une proposition de loi renforçant le caractère protecteur du statut des femmes enceintes, je ne peux que me féliciter des dispositions de l'article 43, qui vise à assurer une protection maternité aux femmes médecins. Je regrette cependant que cette protection soit limitée aux médecins des secteurs 1 et 2 éligibles à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM). En effet, la protection maternité et, plus largement, notre système de

solidarité nationale, ne sauraient induire une rupture d'égalité contraire à la loi en incitant à un choix de conventionnement limitant les honoraires des professionnels de santé. Il convient donc de supprimer le caractère discriminant de cette mesure.

Je veux également souligner la mise en place d'une caisse pivot pour les saisonniers et pluriactifs, conformément aux recommandations du groupe de travail sur la saisonnalité créé à la demande de mon collègue Joël Giraud, député des Hautes-Alpes, qui va simplifier la vie des salariés dans les territoires comme la montagne où la pluriactivité est une constante de l'économie.

Je vois enfin avec satisfaction que l'article 47 vise à développer la télémédecine, en prorogeant d'un an la durée de l'expérimentation et en l'ouvrant à l'ensemble du territoire national. La télémédecine constitue une chance pour nos territoires ruraux, car elle permet de pallier les déficiences de l'offre de soins et favorise l'accès aux soins. Elle s'inscrit dès lors dans l'objectif de l'égal accès de tous aux soins, sur l'ensemble du territoire national.

Mesdames et monsieur les ministres, parfois en désaccord avec certaines positions du Gouvernement en matière de santé, je vous rejoins sur la nécessité de porter des réformes structurelles et structurantes pour notre système de santé. C'est pourquoi, notre groupe des radicaux de gauche et apparentés est ouvert à la discussion et attendra de voir la direction que prendra ce PLFSS 2017 en commission.

Mme Jacqueline Fraysse. J'ai bien noté la satisfaction manifestée devant le fait que seule la branche maladie demeurerait déficitaire de 400 millions d'euros en 2017, contre 4,3 milliards en 2016. J'aimerais partager cet enthousiasme, mais ce n'est pas tout à fait le cas, et ceci pour deux raisons.

La première est que si l'on ajoute aux 400 millions de déficit du régime général les 3,8 milliards du déficit du Fonds de solidarité vieillesse, le déficit global pour l'année 2017 s'élève à 4,2 milliards d'euros.

La seconde est que les économies effectivement réalisées le sont au prix d'importants reculs de la protection sociale de nos concitoyens. Ainsi, l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse est-il dû au recul de l'âge de la retraite de soixante à soixante-deux ans et à l'allongement de la durée de cotisation permettant de percevoir une retraite à taux plein.

L'équilibre de la branche famille s'explique par la modulation des allocations familiales instaurées en 2015 et le transfert de l'allocation logement au budget de l'État.

Quant aux 700 millions d'euros d'excédent de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, ils s'expliquent d'abord par la sous-déclaration des maladies et accidents du travail, qui n'est un secret pour personne, et par le fait que de nombreuses maladies professionnelles, notamment certains cancers, ne sont pas retenues comme telles et sont donc supportées par la branche maladie.

Cette dernière est censée économiser 4 milliards d'euros, d'une part, pour réduire son déficit à 2,6 milliards contre 4,1 milliards l'an dernier et, d'autre part, pour participer au financement du fameux pacte de responsabilité, auquel l'assurance maladie doit contribuer à hauteur de 10 milliards entre 2015 et 2017, dont 3 milliards supportés par les seuls hôpitaux, qui sont déjà, pour la plupart d'entre eux, au bord de l'asphyxie. On peut se demander jusqu'où ira la dégradation de nos hôpitaux publics quand on connaît le nombre de postes

actuellement vacants et l'impact des décisions autoritaires souvent incohérentes imposées par les ARS dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires. Le malaise est patent ; je ne développe pas.

Ces questions se posent d'autant plus que tout cet argent public distribué aux grandes entreprises n'a pas permis d'enrayer la montée du chômage : avec 6,6 millions de chômeurs, la preuve est faite de l'inefficacité de ces mesures sur le front de l'emploi. En revanche, tout cet argent prélevé sur la santé et sur l'ensemble des services publics va cruellement manquer à nos concitoyens.

Par ailleurs, nous regrettons, une fois de plus, que vous n'ayez pas cherché des recettes nouvelles permettant un meilleur accès aux soins, en particulier dans certaines spécialités. Hormis une petite taxe sur le tabac, ce PLFSS ne contient aucune nouveauté en la matière.

Si je me félicite que certains articles envisagent de lutter plus efficacement contre le travail illégal et la fraude patronale aux cotisations sociales, je m'interroge sur les moyens dont disposeront les agents de l'URSSAF pour relever ce défi, qui représente encore aujourd'hui entre 20 et 25 milliards d'euros de manque à gagner par an.

Dans le même ordre d'idées, les articles 6 et 7 soumettent à condition de ressources plusieurs niches sociales, ce qui permet de réaliser 15 millions d'euros d'économies. On peut toutefois se demander pourquoi le Gouvernement a choisi de se limiter à ces mesures, alors que l'annexe 5 de la loi de finances pour 2016 recense quatre-vingt-douze niches sociales.

S'agissant du virage ambulatoire, je ne vois pas comment les hôpitaux pourraient économiser d'emblée, sans avoir investi préalablement dans la mise en œuvre de cette médecine ambulatoire. Or ce PLFSS ne parle que d'économies – 640 millions d'euros en 2016 ; 845 millions en 2017. Sans investissements, permettez-moi de douter de la réalité de ces économies.

Enfin, je souhaiterais que vous nous explicitiez le contenu de l'article 44, qui traite de l'extension de la T2A pour les prises en charge ambulatoires.

M. Denis Jacquat. L'Ordre national des pharmaciens attire notre attention sur la déstabilisation du maillage officinal suite à la création de maisons de santé pluridisciplinaires. Ce problème est réel : qu'en pensez-vous ?

Le souhait de ce même ordre est que les pharmaciens puissent, dans le cadre d'une expérimentation, participer à une meilleure couverture vaccinale des Français. L'idée est intéressante ; que vous inspire-t-elle ?

En ce qui concerne la lutte contre le tabagisme, je note de nouveau l'instauration d'un certain nombre de taxes, qui me paraissent davantage relever de procédés visant à augmenter les recettes que de véritables instruments anti-tabac. Dans nos régions frontalières, cela risque, de surcroît, d'augmenter les achats illicites. C'est la prévention qui doit, dans ce domaine, être notre fil conducteur, appuyée sur les recommandations de l'excellent rapport – voté à l'unanimité – que nous avons produit avec Jean-Louis Touraine. Elle doit surtout s'appuyer sur une application stricte de la loi Évin et du décret Bertrand.

Une fois de plus, je voudrais rappeler l'éternel oublié des PLFSS et autres lois récentes concernant la santé, je veux parler du reste à charge sur les prothèses auditives, beaucoup trop élevé.

Enfin, rien ne concerne les veuves ni le veuvage. Le sujet complexe des pensions de réversion n'est pas abordé, alors que le problème devient de plus en plus aigu. Rien n'est non plus envisagé pour les personnes handicapées vieillissantes.

Mme la présidente Catherine Lemorton. J'indique que je dispenserai les ministres de donner une réponse à ceux des nombreux intervenants qui n'auraient pas la courtoisie de rester pour l'entendre.

Mme Sylviane Bulteau. Avec 6,1 millions de ressortissants et 2,8 millions de cotisants, le régime social des indépendants est le second régime de protection sociale de notre pays. Sa création en 2006, et surtout la mise en place de l'interlocuteur social unique en 2008, dans des conditions kafkaïennes qu'il n'est nul besoin de rappeler ici, ont conduit à une situation particulièrement dégradée, tant pour les travailleurs indépendants que pour les salariés du régime lui-même.

Face à l'immobilisme total qui avait prévalu jusqu'en 2012 au regard du fonctionnement désastreux de ce régime social, et qui avait même conduit à l'arrêt du recouvrement des cotisations, notre collègue Fabrice Verdier et moi-même avons été chargés, l'an passé, par le Gouvernement, d'une mission sur l'amélioration de la qualité du service rendu par le RSI aux assurés et aux cotisants.

À la suite de la remise au Premier ministre de notre rapport, le 21 septembre 2015, outre les mesures prises par le RSI lui-même, plusieurs mesures d'amélioration de la couverture sociale des travailleurs indépendants ont été prises, notamment au moment de la discussion et du vote des PLFSS et PLF pour 2016. La création d'un temps partiel thérapeutique, la réforme du barème des cotisations minimales, la réduction du délai de carence ou encore la défiscalisation des indemnités journalières en cas d'affection de longue durée participent de ce mouvement.

La baisse des cotisations sociales des travailleurs indépendants aux faibles revenus et l'amélioration de leurs droits sociaux sont un objectif du Gouvernement. Afin de poursuivre cet effort nécessaire d'équité en direction des travailleurs indépendants, il faut améliorer leurs droits lorsqu'ils se retrouvent en invalidité. En effet, aujourd'hui, un artisan ou un commerçant qui devient invalide après avoir dû cesser son activité, parfois du fait même de sa situation de santé, n'a pas droit à une pension d'invalidité. Par ailleurs, les artisans et commerçants qui continuent à travailler tout en percevant une pension d'invalidité ne peuvent pas cotiser au-delà de l'âge légal, s'ils le souhaitent. Le Gouvernement serait-il favorable à des amendements permettant d'améliorer leurs droits dans ces situations ?

M. Gilles Lurton. Je souhaite, pour ma part, intervenir plus particulièrement sur la situation de la branche famille.

La loi de financement de la sécurité sociale de 2016 avait généralisé la garantie contre les pensions alimentaires et le projet loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit la création d'une agence de recouvrement des pensions alimentaires, qui prendra la forme d'un renforcement des missions des caisses d'allocations familiales. Nous avons, l'an dernier, approuvé la GIPA, nous serons également vraisemblablement d'accord sur la

création de cette caisse, à ceci près que, comme l'a dit Mme Clergeau, cela va créer un surcroît de travail pour les caisses d'allocations familiales. Comment entendez-vous y faire face ? De même, pour les MSA qui en auront la charge pour ce qui concerne leurs ressortissants ?

En revanche, si nous constatons un retour à l'équilibre de la branche famille, je tiens à rappeler, comme chaque année, que cela s'est largement fait au détriment des familles et que, depuis le début du quinquennat, ce sont plus de 4,5 milliards d'euros qui leur ont été retirés, sans compter les hausses de taxes et d'impôts. En bref, vous avez fait le choix d'une politique familiale contraire à celle voulue par le Conseil national de la Résistance et qui fait fi de la compensation nécessaire à l'arrivée d'enfants dans un foyer. Chaque fois, vous nous répondez que vous voulez rediriger l'argent des familles les plus aisées vers les familles les plus pauvres, mais il faudra un jour faire un bilan, et je crains, madame la ministre, que les chiffres que vous nous avez annoncés en matière de natalité ne se révèlent pas tout à fait exacts dans les mois à venir.

En ce qui concerne les emplois familiaux, les personnes qui emploient des personnes à domicile bénéficient d'un dégrèvement d'impôt ; or ce dégrèvement ne sera pas appliqué en 2017. Je crains que cela n'entraîne un recul de ces emplois ou une reprise du travail au noir.

Mme Joëlle Huillier. Je me réjouis de l'augmentation de 3,2 % – soit 590 millions d'euros supplémentaires – des moyens consacrés aux établissements et services médico-sociaux. Cette augmentation sera en partie financée par une ponction de 230 millions d'euros sur les réserves de la CNSA, qui atteignent aujourd'hui 744 millions d'euros. Ces dernières années, une partie des réserves avait déjà été utilisée pour abonder l'objectif global de dépenses, soutenir les départements en difficulté ou restructurer les services d'aide à domicile.

La vocation de ces crédits, issus de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) prélevée sur les revenus des retraités qui acquittent l'impôt sur le revenu, n'est pourtant pas de financer les dépenses de fonctionnement des établissements, mais le maintien à domicile et la prévention de la perte d'autonomie, comme le prévoit la loi d'adaptation de la société au vieillissement.

Voici plusieurs mois, le conseil de la CNSA a formulé trois propositions d'utilisation de ces réserves, dès cette année : une augmentation des crédits du plan d'aide à l'investissement dans les établissements, au-delà des 310 millions déjà prévus, afin de limiter les effets sur le reste-à-charge des résidents ; un soutien au développement d'une offre de soins et d'aide à domicile, à travers la hausse des moyens dédiés aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et le renforcement des crédits pour la restructuration de l'aide à domicile ; un accompagnement des établissements et services pour la mise en œuvre des réformes, en matière de contractualisation, de tarification et d'adaptation des systèmes d'information. Je vous remercie de m'indiquer les suites que vous envisagez de donner à ces propositions.

Je voudrais également vous faire part d'une interrogation : l'allègement des impôts sur le revenu va forcément entraîner une baisse des recettes de la CASA, puisque cette dernière n'est payée que par les retraités payant des impôts. Le manque à gagner a-t-il été chiffré ? Dans l'hypothèse où cette incidence serait importante, ne serait-il pas prudent de conserver les réserves de la CASA pour pérenniser le financement des mesures mises en place par la loi d'adaptation de la société au vieillissement ?

Mme Isabelle Le Callennec. Mesdames et monsieur les ministres, nous avons bien noté qu'il s'agissait de votre dernier PLFSS ! Vous vous réjouissez de la baisse du déficit de la sécurité sociale ; nous aimerions nous associer à votre satisfecit, mais la dette sociale continue, hélas ! à s'élever à plus de 150 milliards d'euros. Ce que l'on ne dit pas toujours, c'est qu'elle est détenue à plus de 90 % par des investisseurs étrangers.

M. Christian Eckert, secrétaire d'État chargé du budget. C'est faux !

Mme Isabelle Le Callennec. Les Français déplorent l'inégalité d'accès aux soins d'un territoire à l'autre, la pénurie des professions médicales, rappelée par des collègues de toute sensibilité politique, et la complexification des procédures, en sanitaire comme en médico-social.

J'écouterai attentivement vos réponses sur la médecine du travail, qui continue à faire beaucoup parler d'elle au moment où l'on attend l'entrée en vigueur – ou non – de la loi travail, mais aussi sur le milliard ponctionné sur la branche AT-MP pour alimenter la branche maladie à l'heure où vous prétendez lutter contre la pénibilité au travail.

Comment comptez-vous répondre aux défis du vieillissement, au regard notamment des places en hébergement, de la revalorisation des tarifs des services d'aide et de soins à domicile, et du reste à charge pour les familles ? Confirmez-vous la ponction de 60 millions d'euros de crédits de l'assurance maladie pour 2016, pourtant destinés aux établissements et services médico-sociaux ?

Enfin, madame la ministre, vous avez annoncé des mesures visant à valoriser l'exercice médical à l'hôpital public. Dont acte. Mais *quid* du sort des autres personnels hospitaliers qui sont aussi partie prenante des efforts consentis depuis plusieurs années ?

M. Denys Robiliard. L'article 10 relatif à l'économie collaborative est une disposition originale et importante : elle permet d'assujettir à un régime un peu comparable des prestations hôtelières qui, lorsqu'elles sont déclarées, le sont au titre des impôts fonciers et non des revenus d'activité. Le projet de loi prévoit comme une possibilité de confier à la plateforme les démarches déclaratives, à la fois de début d'activité au centre de formalités des entreprises puis de déclaration de chiffre d'affaires et de paiement des cotisations. Ne vaudrait-il pas mieux en faire une obligation ? Ce serait l'assurance que des revenus générés à travers cette plateforme seraient effectivement déclarés et que les cotisations afférentes seraient payées.

Quand bien même on n'a pas le sentiment, à la lecture de l'article 27, qu'une agence de recouvrement des pensions alimentaires sera créée, chacun peut se féliciter de sa mise en œuvre à travers un dispositif interne du réseau des CAF. Le projet de loi innove puisqu'il prévoit la possibilité pour les directeurs de CAF de faire de l'accord des parents un titre exécutoire sur le montant de la pension alimentaire. Ne serait-il pas utile d'intégrer également le principe de ce contrat dans le code civil, dans un souci de lisibilité pour les parents et les professionnels du droit ? Le dispositif est prévu pour les ruptures de concubinage et les dissolutions de PACS ; pourquoi ne pas l'étendre à certains cas de divorce ? Par exemple, lorsque les parents qui, au départ, ont opté pour une résidence alternée, se sont mis d'accord par la suite pour le versement d'une pension alimentaire quand l'enfant est de fait plus souvent chez l'un que chez l'autre. Il faudrait aussi discuter du barème. Enfin, le régime de sortie et de modification me paraît devoir être précisé, car croire que le parent qui ne veut pas payer passera spontanément un accord est une illusion.

M. Bernard Perrut. On ne pourrait que se réjouir avec vous de ce que le régime serait quasiment à l'équilibre en 2017 et que le trou de la sécurité sociale disparaîtrait bientôt, avec la seule branche maladie demeurant en déficit, à hauteur de 6,6 milliards d'euros. Mais votre optimisme ne peut cacher la réalité et faire oublier la prévision de 3,8 milliards d'euros de déficit du Fonds de solidarité vieillesse. La réalité, c'est que le déficit global de la sécurité sociale atteindra 4,2 milliards d'euros en 2017. Même s'il faut reconnaître que c'est le meilleur chiffre depuis 2011, on est loin de l'équilibre. D'ailleurs, la Cour des comptes évoque le retour à l'équilibre en 2020 seulement. C'est dire si vous êtes optimistes ! N'oublions pas non plus que la dette sociale cumulée s'élevait à 150,6 milliards d'euros en 2015, c'est-à-dire 50 milliards de plus pendant ce quinquennat.

Depuis 2012, votre choix a été de privilégier la hausse des dépenses, ce qui n'a pas été sans conséquences pour les ménages et les entreprises : c'est un effort de quelque 50 milliards d'euros d'impôts, de taxes et de cotisations qui a été fait par l'ensemble de nos concitoyens. Pour 2017, vos prévisions de recettes sont fondées sur une croissance de 1,5 %, alors qu'une prévision à 1,2 % serait sans doute raisonnable. Comment allez-vous faire ? Avez-vous suffisamment provisionné les mesures nouvelles qui sont programmées, et qui s'élèvent à 1,1 milliard d'euros environ ? Je pense à la hausse de la consultation des médecins et à l'augmentation du point d'indice de la fonction publique hospitalière. Sans réformes structurelles, le respect de l'ONDAM ne deviendra-t-il pas de plus en plus difficile ? Avez-vous cette vision de l'avenir, madame la ministre ?

Concernant la branche maladie, seriez-vous prête à proposer des réformes de structure pour l'hospitalisation où la synergie doit être recherchée entre public et privé ? Écarter l'hospitalisation privée est certainement une faute qui, si elle n'était pas corrigée, aboutirait à la perte de liberté de choix, la hausse du coût des soins et l'apparition de listes d'attente. Êtes-vous prête à engager la convergence tarifaire entre le public et le privé, et à envisager la signature de contrats pluriannuels pour les médicaments avec l'industrie pharmaceutique, plutôt que de l'attaquer avec force, comme l'illustre la baisse de 7 milliards d'euros qu'elle a dû subir pendant le quinquennat, avec toutes les conséquences qui en ont découlé ?

M. Bernard Accoyer. Madame la ministre de la santé, bien évidemment je ne partage pas tout à fait votre optimisme quant aux comptes de la sécurité sociale. L'équilibre de la branche vieillesse est dû, pour l'essentiel, à la réforme Woerth dont on se souvient de la violence avec laquelle l'opposition de l'époque l'a combattue. Je ne parle pas du compte pénibilité qui est une bombe à retardement inapplicable, ni des 8 milliards d'euros que vous avez pris sur les familles pendant ce quinquennat, avec le résultat que l'on sait sur la baisse de la natalité. Quant à la branche maladie, elle n'a connu aucune réforme de structure, et l'on attend les conséquences du tiers payant généralisé, tout à fait inapplicable également.

J'ai une question technique concernant l'article 50, relatif aux médicaments biosimilaires. Les exigences posées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dans un rapport de mai 2016 sur l'interchangeabilité des biosimilaires sont-elles dans la ligne des normes exigées par l'Union européenne, à savoir qu'un patient traité par un médicament biologique doit être informé d'une possibilité d'interchangeabilité entre deux médicaments biologiques, qu'il doit recevoir une surveillance clinique appropriée lors du traitement, que la traçabilité sur les produits concernés doit être assurée, et que le malade doit donner son accord ?

Mme Chaynesse Khirouni. Comme vous, madame la ministre des affaires sociales et de la santé, j'ai la ferme conviction que, face aux risques nouveaux, nous devons répondre aux enjeux essentiels en matière de santé publique en associant, aux côtés des sociétés savantes, des médecins et des chercheurs, les associations de patients qui disposent, elles aussi, d'une expertise et de connaissances qui doivent être prises en compte. C'est en ce sens que j'avais déposé, lors de l'examen du projet de loi de modernisation de notre système de santé, plusieurs amendements qui ont été adoptés sur tous les bancs de notre assemblée et qui ont permis plusieurs avancées majeures pour la démocratie en santé et la défense des droits des patients. J'avais proposé notamment la création de l'union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS), avec un droit à la formation pour les représentants d'usagers qui siègent dans les instances de démocratie sanitaire. Cette union nationale devra dorénavant être consultée avant chaque loi portant sur notre système de santé.

Je me félicite que le présent PLFSS consacre des crédits significatifs pour promouvoir la démocratie sanitaire au travers de la mise en œuvre d'un fonds national. Il sera doté, à terme, de 13 millions d'euros et, à titre provisoire pour 2017, de 8 millions d'euros, afin de tenir compte de la construction progressive de l'UNAASS. Ce fonds permettra de renforcer les droits individuels des patients et une représentation des intérêts des patients en tant que tels, à voix égale avec celle de tous les acteurs du système de santé.

Enfin, et pour rester dans le domaine de la démocratie sanitaire, j'évoquerai le plan d'action national contre la maladie de Lyme. Le 29 septembre dernier, à l'issue d'une ultime réunion, j'accompagnais l'ensemble des associations au ministère pour la présentation de ce plan national qui suscite de nombreux espoirs chez les malades et prévoit notamment l'ouverture d'un centre dédié par région. Quels moyens financiers vont être mis en œuvre pour la réalisation concrète de ce plan ?

M. Yves Censi. En parlant de vos succès, vous vous êtes parés vous-mêmes, mesdames et monsieur les ministres, de nombreuses vertus. Permettez-moi de vous en rappeler deux.

La première vertu, c'est l'humilité dont devrait faire preuve votre majorité puisque les résultats actuels de la branche vieillesse sont dus, pour l'essentiel, à la réforme de 2010. Puisque vous êtes frappés d'amnésie, je vous rappelle que cette réforme prévoyait un relèvement progressif de six ans, à raison de quatre mois par an, de l'âge légal de départ à la retraite de soixante à soixante-deux ans à partir de 2011. Nous-mêmes ne souffrons pas de l'amnésie que vous nous reprochez, et nous nous souvenons très bien que vous avez combattu cette mesure hier. Ne rien faire, c'était d'ailleurs la méthode de Lionel Jospin, en 2000, mais il en a payé les frais au plan électoral. « Je dis ce que je fais et je fais ce que je dis », disait-il. Comme il n'avait rien fait, il ne disait rien, alors que vous, vous vous en vantez.

La deuxième vertu, c'est le courage dont vous manquez cruellement. J'aimerais vous interroger sur le lien entre le niveau du chômage et le coût du travail. S'agissant des 700 milliards d'euros environ de transferts sociaux, ne pensez-vous pas qu'il est nécessaire aujourd'hui d'avoir le courage de rompre le lien entre le financement de la protection sociale et le coût du travail ? Sur ce plan, avez-vous une proposition de réforme ? En l'absence de toute forme de proposition, on pourra considérer, au contraire, que votre passif sera extrêmement lourd.

M. Michel Liebgott. Au nom de l'ensemble des territoires miniers et de la corporation minière, je me félicite de la subvention d'équilibre accordée à la caisse autonome

concernant la sécurité sociale minière. Vous avez, en effet, pris l'engagement que les droits des mineurs seront assurés jusqu'au dernier vivant. Depuis le rapport Bur, le tir a été réorienté, et les engagements du Président de la république ont été respectés.

Bien sûr, ce régime a considérablement évolué puisqu'il ne compte plus aujourd'hui que 129 000 affiliés contre 1 million en 1950. J'ai d'ailleurs été surpris par les conclusions de la Cour des comptes qui ne s'intéressent qu'à l'orthodoxie financière et ne tiennent pas compte des réalités humaines sur le terrain. Je ne prendrai pour seul exemple que celui d'une ville qui nous a vus naître, le secrétaire d'État Christian Eckert et moi-même. La ville minière d'Algrange, qui compte aujourd'hui encore 6 000 habitants, va voir disparaître son dernier médecin généraliste ; seul restera un médecin de la sécurité sociale minière. Le président de la communauté d'agglomération que je suis va devoir prendre la compétence santé afin d'organiser l'ouverture d'une maison médicale et accueillir des médecins libéraux qui prendront le relais. Or, pour le moment, c'est la sécurité sociale minière qui assure l'essentiel.

M. Gérard Sebaoun. L'article 44 traite du transport sanitaire d'enfants décédés de mort subite. Il m'avait semblé que le droit positif permettait déjà que ces enfants soient transportés en vue d'une autopsie à des fins thérapeutiques. Vous ajoutez dans cet article un alinéa spécifique prévoyant le transport de leurs représentants légaux. Cet ajout vise-t-il à renforcer le transport de ces malheureuses victimes aux fins de traitement pour la recherche ou bien simplement pour permettre le transport de leurs représentants légaux ?

Si l'objet était le transport sanitaire de personnes décédées de mort subite, cette disposition pourrait-elle être étendue à d'autres personnes décédées de mort subite, notamment aux sportifs ? Le sujet a donné lieu à un rapport de l'Académie de médecine en 2013. Les centres experts souhaitent pouvoir travailler sur la prévention des familles à risque de mort subite, mais ils sont bloqués par deux sujets : à la fois l'autopsie qui est un peu tombée en désuétude dans notre pays et la notion du transport.

Ma lecture de cet article est-elle bonne : peut-on imaginer également la prise en charge du transport des jeunes adultes de quarante-cinq ans en moyenne, décédés de mort subite, et qui fréquentent nos enceintes sportives ?

M. Dominique Tian. L'article 9 fait état du énième roman du régime social des indépendants, sujet sensible s'il en est. Alors qu'il est indiqué dans l'exposé des motifs que les efforts déployés ont largement permis de normaliser la situation du régime, vous nous proposez – c'est un gag ! – de créer une nouvelle structure, avec un directeur national dédié et des directeurs régionaux qui auraient autorité sur les services de l'URSSAF et du RSI et qui exerceraient la coresponsabilité des deux réseaux. Personne, des gestionnaires et des utilisateurs, ne comprend cette réorganisation que vous comptez mettre en œuvre, qui plus est à marche forcée puisqu'elle devra intervenir avant la fin cette année. Il faudrait recruter d'urgence des collaborateurs pour mettre en place un système informatique commun qui se substituerait à ceux du RSI et de l'URSSAF. Il y a donc une très forte inquiétude à la fois des organismes gestionnaires, des salariés et de tous ceux qui ont subi la mise en place du RSI dont vous dites vous-même que la situation s'est quasiment arrangée et améliorée.

Mme Véronique Massonneau. Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, quelle est votre analyse de la mission sur le bien-être et la santé des jeunes, confiée en 2015 par le Président de la république à Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison, dans le cadre d'une action autour du thème « La jeunesse, une période fragile » ? Dans le prolongement de

cette mission, le PLFSS prévoit de nouveaux dispositifs d'expérimentation à partir du mois de janvier 2017. Pouvez-vous nous éclairer sur les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations visant à améliorer la prise en charge et le suivi des jeunes de onze à vingt-cinq ans chez lesquels un médecin a évalué une souffrance psychique ? Quel est le cadre géographique de ce nouveau dispositif ?

Mme Conchita Lacuey. Les députées girondines que nous sommes, Sandrine Doucet et moi-même, s'interrogent sur la pertinence de retirer à la Caisse des dépôts et consignations la gestion du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées pour la confier à la Mutualité sociale agricole. Le bilan de la gestion actuelle a été salué par l'État dans le cadre des négociations sur la future convention d'objectifs et de gestion du SASPA qui viennent de s'achever. La qualité de cette gestion, notamment en matière de lutte contre la fraude, permet au Fonds de solidarité vieillesse, qui finance le SASPA, d'économiser chaque année l'équivalent de 20 millions d'euros – 9 millions d'euros de prestations non servies suite à des contrôles et 11 millions d'euros de recouvrement en 2015. Contrairement à ce qui est mentionné dans l'exposé des motifs de l'article 57, les bénéficiaires ne sont pas affiliés à un régime de retraite et sa gestion ne s'apparente pas à la gestion des retraites. Il s'agit d'une prestation attribuée sous condition d'âge, de ressources, de résidence, de régularité du séjour, qui demande des contrôles dans l'attribution et le maintien du droit de nature très différente de ceux demandés pour le versement régulier du minimum vieillesse géré par les régimes de retraite.

Ne serait-il pas raisonnable de supprimer l'article 57 et de lancer une étude sur les modalités pratiques et la faisabilité de cette opération de transfert pour éviter de graves dysfonctionnements au détriment des bénéficiaires ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ma première question concerne l'article 18 relatif à la clause de sauvegarde, mécanisme qui permet de pallier l'arrivée de traitements onéreux. Je fais référence plus particulièrement au Sovaldi, ce traitement efficace contre l'hépatite C dont on connaît le coût. À la suite d'une action menée par Médecins du monde, l'Office européen des brevets a constaté, la semaine dernière, que le brevet ne protégeait que partiellement le Sovaldi. Puisque vous avez l'intention de renégocier le prix de ce médicament, pensez-vous utiliser l'avis de l'Office ? C'est une première qui pourrait faire jurisprudence.

J'ai une seconde question sur l'article 41 relatif aux centres d'aide et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) qui délivrent des produits de santé en lien avec les affections ou les risques que prennent les usagers de ces centres. Quels professionnels délivrent ces produits de santé au sein de ces centres et quelles en sont les conditions de délivrance ?

M. le secrétaire d'État chargé du budget. Je ne reviendrai pas sur tous les chiffres. Je le dis avec solennité : la Cour des comptes valide tous les ans les comptes de la sécurité sociale. Vous considérez comme insupportable que le Fonds de solidarité vieillesse connaisse, en 2016 comme en 2017, un déficit de 3,8 milliards. N'était-il pas scandaleux qu'il atteigne 4,1 milliards en 2012 ? L'un d'entre vous a appelé à l'humilité ; l'humilité serait de reconnaître que l'on est passé de 17,5 milliards à 0,4 milliard grâce à de nombreuses mesures.

M. Yves Censi. C'est de l'autosatisfaction !

M. le secrétaire d'État chargé du budget. Non, c'est un constat pur et simple.

Quant à la CADES, il lui restait une dette de 142 milliards à amortir en 2011, contre 136 milliards en 2016. Si vous estimez que c'est une explosion de la dette sociale, achetez-vous un boulier !

Je laisse M. Vercamer à ses séries télévisées pour ne répondre que sur la partie de son intervention portant sur la pertinence des prévisions de recettes. Effectivement, les prévisions de recettes sont extrêmement dépendantes de la masse salariale. Nous avons été systématiquement conduits à revoir à la hausse nos prévisions de croissance de la masse salariale. En 2016, nous avons prévu une croissance de la masse salariale de l'ordre de 2,3 % ; elle sera, selon tous les chiffres de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES), de 2,6 %, voire de 2,7 %. Là encore, c'est un constat. Nous avons reproduit cette prévision pour l'année prochaine. Je précise que nos prévisions ont toujours été prudentes.

Dans le même ordre d'idées, M. Bapt s'est demandé s'il fallait reprendre ou non une partie de la dette de l'ACOSS dans la CADES. L'ACOSS est plutôt une dette à court terme, tandis que la CADES est plutôt à long terme – les tableaux montrent que l'on gagne de temps en temps une année de fin de remboursement de la CADES qui a vocation à s'arrêter en 2024. Cette année, l'ACOSS a dégagé un bénéfice de 80 millions d'euros en gérant la dette, car actuellement les taux d'intérêt à court terme sont négatifs. Il est prévu que cette dette s'éteigne selon un tableau d'amortissement qui figure dans tous les documents. Puisque les déficits diminuent, les quatre branches de la sécurité sociale devant même produire un excédent, de même que le FSV à partir de 2019-2020, la dette de l'ACOSS s'éteindra naturellement et celle de la CADES à plus long terme. Quant à savoir si les taux d'intérêt vont remonter ou non, ce n'est pas ici qu'il convient de spéculer.

Une question très importante sur le prélèvement à la source pour les particuliers employeurs a été soulevée à deux reprises. Non, monsieur Lurton, il n'y aura pas de perte des crédits d'impôt de 2017 pour les particuliers employeurs. C'est justement un paradoxe. C'est vrai que, d'une certaine façon, hors les revenus exceptionnels, nous annulerons la plupart des impôts dus au titre de l'année 2017 pour éviter que les contribuables aient une année double en 2018. Puisqu'on annule l'impôt, certains constitutionnalistes ont relevé qu'il serait judicieux d'annuler les crédits et réductions d'impôts. Ces dispositifs ayant vocation à favoriser des comportements – l'emploi par les particuliers employeurs, l'investissement en faveur de la transition énergétique, les dons aux associations caritatives –, nous avons plaidé, et le Conseil d'État en a convenu, pour que ces crédits et réductions d'impôts restent acquis au titre de l'année 2017. Mais comme ils sont toujours encaissés, si j'ose dire, l'année suivante, il n'y aura pas de changement. D'ailleurs, j'ai rendez-vous dans une minute avec la présidente de la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPÉM), que vous connaissez certainement, pour aborder ces sujets. La disposition qui est prévue, certes de façon optionnelle pour le moment, consiste à ce que ce soit le CESU qui gère les cotisations sociales et le prélèvement à la source du salarié. Nous ne désespérons pas de pouvoir faire gérer plus tard le crédit d'impôt, qui est toujours perçu l'année suivante et non pas lors du paiement du salaire. Le fait d'avoir transformé la réduction d'impôt en crédit d'impôt facilitera pour le moment les choses.

J'en viens au contrôle de l'économie collaborative qui est déjà possible aujourd'hui puisque, l'année dernière, a été adoptée, dans le cadre du projet de loi de finances, l'obligation pour les plateformes de communiquer la liste nominative et exhaustive de ceux qui auraient perçu des revenus en utilisant ces plateformes. À cet égard, les URSSAF et l'administration fiscale ont vérifié si les chauffeurs Uber avaient ou non déclaré leurs revenus. Nous

franchissons une étape supplémentaire puisqu'à partir de cette année, les plateformes doivent communiquer à tous les salariés le montant des revenus encaissés en utilisant leur plateforme.

Mme la ministre des familles, de l'enfance et des droits des femmes. Mme Clergeau, M. Robiliard, et M. Lurton ont évoqué l'Agence de recouvrement des pensions alimentaires. Un article du PLFSS renvoie à l'article 373-2-2 du code civil qui fixe les pensions alimentaires. En cas de divorce amiable, donc sans juge, l'accord sur la pension a un caractère exécutoire dans la nature même du divorce. Le PLFSS ne traite que des questions amiables hors divorce, car ils n'ont pas de caractère exécutoire aujourd'hui. On est donc sur des jugements de détermination des pensions alimentaires qui ont un caractère exécutoire immédiat, c'est-à-dire ceux des divorces prévus par la nouvelle loi sur la justice. Enfin, la disposition permettra d'aider à la fixation du montant et en cas ultérieur de non-paiement du recouvrement de la pension.

S'agissant des charges de travail, le plus lourd sera le caractère exécutoire. L'intermédiation se fera de façon progressive puisque sur demande du juge et en cas de violences. Enfin, la CNAF a mutualisé le versement de la garantie contre les impayés de pensions alimentaires puisque ce sont vingt-deux caisses pivots qui jouent aujourd'hui le rôle de caisses de versement. Le mouvement de mutualisation sera poursuivi, l'objectif étant de parvenir à douze caisses pivot. Par ailleurs, de mon point de vue, si des moyens humains supplémentaires doivent être accordés, ils le seront dans la mise en œuvre optimale de l'Agence.

Enfin, l'autre question concernait le choix du mode de garde (CMG). La solution « tout en un » demandera effectivement une automatisation des échanges entre CAF, Pajemploi, CESU et Direction générale des finances publiques. C'est pourquoi elle ne s'appliquera qu'en 2018. Aucune sanction n'est prévue pour les employeurs qui ne déclareraient pas leurs salariés dans les délais mais, en 2018, ils ne pourront pas non plus bénéficier des simplifications prévues. Si l'employeur ne veut pas avoir recours à la solution « tout en un » pour le CMG, le prélèvement à la source sera quand même obligatoire et le CESU communiquera les informations nécessaires à l'employeur.

Je remercie M. Lurton pour son soutien à la mise en place de l'Agence de recouvrement qui est cohérent avec son soutien sur la GIPA.

M. Accoyer étant parti, je garde pour une autre fois mes explications sur la natalité. J'ai du mal à prendre à mon compte et au compte de la politique familiale l'augmentation de quatre ans, depuis 1977, de l'âge moyen auquel les femmes ont leur premier enfant – on est passé de 26,5 ans à 30,4 ans – ainsi que la diminution de la part relative des familles nombreuses au cours des dernières années.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Madame la présidente, avant de répondre aux rapporteurs et aux inscrits, je vais me consacrer aux deux questions que vous m'avez posées.

La première renvoyait à la négociation du prix du Sovaldi. Il y a quelques jours, l'Office européen des brevets (OEB) a pris une importante décision concernant le brevet de ce médicament, qui nous amène à nous interroger sur ses conséquences. Cependant, j'avais déjà annoncé que je souhaitais une renégociation, pour deux raisons : d'une part, du fait de l'arrivée sur le marché d'autres médicaments destinés à soigner cette même pathologie ; d'autre part, par comparaison avec les prix moindres obtenus par d'autres pays qui se sont

engagés après la France dans la négociation. Nous ne connaissons pas précisément ces prix, mais il suffit de diviser le montant des crédits budgétaires par le nombre de malades traités dans chaque pays pour parvenir à une estimation : le niveau est plus bas que le prix obtenu par la France, qui a été l'un des pays pionniers en matière d'accès à ce traitement et donc parmi les premiers à négocier. Une nouvelle négociation est d'ores et déjà engagée : elle est menée par le Conseil économique des produits de santé.

Votre deuxième question portait sur la possibilité pour les professionnels travaillant dans les CAARUD de délivrer la naloxone. Ce traitement important, dès qu'il recevra une autorisation de mise sur le marché, sera délivré sans prescription. Compte tenu du faible nombre de médecins dans ces centres, d'autres professionnels au contact des usagers, comme les infirmiers ou les travailleurs sociaux, pourront le délivrer selon des modalités précisées par décret. Un travail sera engagé en vue de la rédaction des dispositions réglementaires.

J'en viens aux questions des rapporteurs.

Madame Delaunay, vous m'avez demandé si l'amélioration de la protection maternité des femmes médecins prévue à l'article 43 du PLFSS pourrait être élargie à d'autres professionnelles de santé. Cette mesure, qui résulte directement de la conférence nationale de santé, n'est pas une prestation sociale mais un dispositif conventionnel destiné à améliorer l'attractivité de l'exercice à tarifs opposables. Cette amélioration ne concernera donc pas toutes les femmes médecins mais sera réservée à celles qui exercent en secteur 1 ou bien en secteur 2 lorsqu'elles sont signataires d'un contrat d'accès aux soins. La même situation ne se retrouve pas pour d'autres professionnels de santé, c'est la raison pour laquelle nous ne pouvons pas aller au-delà dans le cadre de ce PLFSS.

Je suis, en revanche, favorable à votre proposition d'aligner les dates d'échéance des projets pilotes dans le cadre des expérimentations relatives aux PAERPA prévues par l'article 70 de la LFSS de 2012 et par l'article 48 de la LFSS de 2013, et de les prolonger jusqu'au 31 décembre 2018. Les dispositions qui accompagnent nos aînés demandent, en effet, du temps.

S'agissant du forfait amélioré de sevrage tabagique, vous m'avez fait part de votre souhait de voir sa prise en charge étendue aux personnes de moins de cinquante ans ayant eu un AVC ou un infarctus précoce, et vous m'avez demandé si les titulaires du RSA y avaient accès. Dans l'état actuel du droit, toute personne relevant de la CMU – à laquelle ont droit les titulaires du RSA – peut bénéficier de ce forfait renforcé de 150 euros au lieu du forfait de droit commun de 50 euros par an. L'extension, quant à elle, me paraît tout à fait appropriée : j'ai pris la décision d'ouvrir à toute personne souhaitant arrêter de fumer la prise en charge du forfait amélioré. Il n'y aura donc plus qu'un seul forfait, le forfait à 150 euros.

M. Denis Jacquat. Très bien !

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Je m'en réjouis.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Madame Delaunay, je ne manquerai pas de rappeler en séance la part que vous avez prise à cette décision. Elle relève du domaine réglementaire et non du domaine législatif et j'adresserai une instruction à ce sujet à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

J'en viens aux questions de Mme Le Houerou, rapporteure pour la branche vieillesse.

Sur le FSV, Christian Eckert a déjà largement répondu à vos interrogations.

Vous m'avez interrogée sur l'élargissement de la retraite progressive aux salariés en forfait jours. Le PLFSS prévoit actuellement l'extension de la retraite progressive aux salariés ayant plusieurs employeurs. Cela impliquera des modalités de gestion spécifiques et adaptées pour ces catégories, dont nous estimons à six mois la mise en œuvre. Pour les cadres au forfait jours, l'urgence de cette extension nous paraît moindre. Néanmoins, nous pourrions en discuter dès que nous disposerons du bilan concernant les premières populations éligibles à la retraite progressive.

Enfin, vous avez souligné les inquiétudes suscitées parmi les salariés de la Caisse des dépôts et consignations par le transfert du SASPA à la MSA. Les populations relevant du service de l'allocation de solidarité aux personnes âgées n'ont jamais cotisé à un régime de retraite : faire une demande d'ASPA constitue pour elles le premier contact avec un régime d'assurance vieillesse. Il nous a donc paru souhaitable de leur permettre d'accéder à un guichet physique, en l'occurrence les caisses de la MSA, présentes partout sur le territoire, alors que jusqu'à présent la gestion de cette prestation était concentrée en un seul point, dépendant de la Caisse des dépôts et consignations, ce qui ne facilitait pas la relation individuelle des demandeurs avec l'organisme. Ce transfert, qui permet par ailleurs de consolider l'activité de la MSA, ne constitue en aucun cas une marque de défiance à l'égard de la Caisse des dépôts, à laquelle a été confiée la gestion du régime de retraite de la Banque de France ainsi que le développement et la gestion du compte personnel d'activité. Cela dit, j'ai bien conscience que le transfert du SASPA pourrait nécessiter un peu plus de temps qu'envisagé au départ. Pour cette raison, je suis disposée à accepter un étalement des opérations prévues entre 2018 et 2020.

M. Cordery, rapporteur pour le secteur médico-social, m'a demandé de préciser les contours et les principaux objectifs du futur fonds d'appui et d'aide à la restructuration des services d'aide et d'accompagnement à domicile, et d'indiquer les parts respectives des aides versées aux conseils départementaux et aux agences régionales de santé. Ce fonds, doté de 50 millions d'euros, introduit par amendement dans le cadre du PLFSS, vise, d'une part, à poursuivre le soutien aux services en difficulté, à travers un fonds de restructuration géré par les ARS, d'autre part, à encourager les départements à adopter des bonnes pratiques. C'est pourquoi une partie des 50 millions sera versée aux départements qui s'engageront dans cette voie par le biais d'une convention avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Un appel à projets sera prochainement lancé pour recenser les départements volontaires. De leur nombre dépendra la répartition entre les deux composantes du fonds. Pourquoi, en effet, attribuer des fonds à certains départements si ceux-ci ne manifestent pas leur volonté de s'engager en faveur des bonnes pratiques ?

Les réserves de la CNSA sont issues des reliquats des enveloppes des agences régionales de santé résultant des délais pour l'installation de places et la montée en charge progressive de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement, dont il a souvent été question dans nos débats. L'utilisation des réserves pour 2017 et au-delà est fléchée sur des dépenses directement liées à la prévention de la perte d'autonomie et à son accompagnement, en application des engagements de ladite loi, qu'il s'agisse du plan d'aide à l'investissement – d'un montant de 100 millions d'euros par an, complété de 17 millions pour les résidences-autonomie – ou du soutien à l'adaptation de 100 000 logements à travers une subvention de 20 millions d'euros versée à l'Agence nationale de l'habitat (ANAH).

Par ailleurs, je vous rappelle que le Président de la République a lui-même pris des engagements lors de la conférence nationale du handicap qui s'est tenue en mai dernier, avec un renfort d'investissements de 60 millions d'euros pour les structures dédiées au handicap, un soutien aux départements dans leur mission d'orientation des personnes handicapées et une dotation de 23 millions d'euros destinée à harmoniser leurs systèmes d'information et à les soutenir dans la mise en œuvre du dispositif « Une réponse accompagnée pour tous ».

Pour ce qui est de l'article 46, vous souhaitez connaître l'état d'avancement des décrets relatifs aux tarifs applicables en EHPAD. La réforme prévue constitue un progrès important, et attendu, puisqu'elle va rénover les relations entre les gestionnaires et les autorités de tarification. Les projets de textes issus de la concertation ont été transmis au mois de juillet au Conseil d'État et devraient être examinés en section avant la fin du mois d'octobre. Avant même leur publication, des informations très précises ont été adressées aux agences régionales de santé, aux fédérations, aux gestionnaires ainsi qu'aux départements afin qu'ils se préparent à la mise en œuvre de ces dispositions dès le 1^{er} janvier 2017. Il ne devrait donc pas y avoir de retard. Les fédérations, largement associées à la concertation depuis le mois de janvier 2015, ont déjà développé des programmes de formation. Les gestionnaires, régulièrement sollicités, se voient proposer des formations nouvelles.

Une modulation de la dotation selon l'activité dans le champ du handicap sera mise en œuvre pour garantir la meilleure utilisation des places disponibles pour les personnes handicapées. Les modalités de calcul seront déterminées par décret et nous prendrons le temps de la concertation pour les arrêter, comme nous l'avons fait pour les EHPAD. J'ai parfaitement conscience que le secteur médico-social du handicap est en pleine évolution : il s'ouvre vers l'extérieur, se transforme, qu'il s'agisse de l'école, de la formation ou de l'emploi. Il importera donc de prendre en compte ces diverses mutations dans la modulation.

J'en arrive à vos questions portant sur les départs non choisis en Belgique. Avec Ségolène Neuville, j'avais annoncé la mise en place d'un fonds doté de 15 millions d'euros pour empêcher les placements non souhaités en Belgique. Les départements, les maisons départementales des personnes handicapées, les agences régionales de santé et les caisses primaires d'assurance maladie se sont mobilisés : des réponses individualisées ont été proposées. Vingt-quatre départements pionniers se sont engagés. Voilà qui montre que la coordination et la mobilisation sont gages de réussite, même si nous ne sommes pas au bout du chemin. Je veux confirmer que les 15 millions du plan dit « Belgique » constituent un financement pérenne auquel viennent s'ajouter, comme l'a annoncé le Président de la République, le plan quinquennal de renforcement et d'évolution de l'offre d'accompagnement des personnes handicapées, doté de 180 millions d'euros, ainsi qu'un quatrième plan autisme. Autant de dispositifs qui nous permettront d'apporter des réponses dans la durée. Pour finir, je précise que les crédits nécessaires ont été, pour une grande partie d'entre eux, déjà versés.

Je répondrai maintenant aux députés qui ont attendu pour avoir la réponse aux questions qu'ils ont posées.

Je remercie Michel Issindou pour ses observations. Je ne m'étendrai pas sur ses remarques concernant les réformes du système de retraite annoncées. Il appartiendra à l'opposition d'expliquer pour quelle raison elle souhaite les mettre en place. La branche vieillesse ayant renoué avec l'équilibre, leur justification ne saurait, en effet, être financière.

Je ne reviens pas sur les propos si justes de Christian Eckert au sujet de la tonalité de l'intervention de Francis Vercamer, qui nous avait habitués à plus de sérieux. La sécurité sociale, ce n'est pas une série télévisée, mais la vie quotidienne des Français.

Monsieur Jacquat, vous avez raison de souligner que les prothèses auditives constituent un sujet de préoccupation pour nos concitoyens. Elles ont fait l'objet de premières dispositions dans la loi de modernisation de notre système de santé avec l'extension du forfait social réservé aux patients bénéficiaires de la CMU-C aux patients disposant d'une aide à la complémentaire santé.

Nous avons rétabli les comptes de la sécurité sociale, nous améliorons la situation de l'assurance maladie. Mais il reste du chemin à parcourir : nous ne pouvons pas prétendre, en un an, régler des problèmes qui remontent à quinze ou vingt ans. J'ai annoncé un plan d'amélioration de la prise en charge des soins dentaires, auxquels j'ai accordé la priorité. Pour les prothèses auditives, une démarche analogue devra être engagée. Nous pourrions y procéder quand le progressif rétablissement des comptes nous le permettra, ce qui devrait être le cas assez rapidement.

Madame Bulteau, vous appelez de vos vœux une amélioration des droits des travailleurs indépendants en situation d'invalidité qu'ils demandent une pension d'invalidité après avoir dû cesser leur activité ou qu'ils veuillent continuer à travailler après soixante-deux ans. Je serai favorable à vos amendements en ce sens, car ils améliorent la situation des travailleurs en difficulté. Autrement dit, je lèverai l'obstacle que constitue l'article 40.

Madame Huillier, je pense que vous trouverez les réponses à vos questions sur les personnes âgées dans les éléments que j'ai fournis à M. Cordery. Je vous précise seulement que les recettes de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie ne sont pas remises en cause par le fait que certains de nos concitoyens ne paient plus l'impôt sur le revenu puisque son prélèvement dépend d'un plafond lié au revenu fiscal de référence et non de l'acquiescement ou non de l'impôt sur le revenu.

Madame Le Callennec, nous avons, depuis cinq ans, engagé une politique de réduction du reste à charge pour les personnes âgées restant à domicile. Je vous renvoie à la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement pour plus de précisions. Je soulignerai ici que cette réduction est potentiellement importante sous l'effet conjugué de la réduction des coûts pour les personnes dépendantes et de l'augmentation du nombre d'heures prises en charge. Cela suppose toutefois que les départements jouent le jeu puisque nous avons fait le choix de les conforter dans leur rôle de chef de file social. Or certains se montrent réticents dans la mise en œuvre des dispositions de la loi : il n'est pas acceptable que, pour des raisons qui peuvent être politiques, ils prennent en otage des habitants qui ont besoin de voir leurs aides améliorées. Je vous le dis très simplement, je compte sur votre soutien pour conforter notre action : il n'est pas normal, alors que l'État finance intégralement la diminution du reste à charge pour les personnes dépendantes vivant à domicile, que les sommes versées ne parviennent pas à ceux qui doivent en bénéficier.

Par ailleurs, vous m'avez dit prendre acte des mesures annoncées pour améliorer l'attractivité de l'exercice médical en hôpital – merci de cette constatation que je prendrais presque pour une approbation. S'agissant des autres personnels, sur lesquels vous m'avez interrogée, je veux vous indiquer les mesures qui ont d'ores et déjà été prises. Au-delà de la revalorisation du point d'indice qui s'applique à tous, nous avons pris des dispositions spécifiques : pour les personnels de catégorie C, en particulier les aides-soignantes,

l'augmentation est de 480 euros par an et, pour les infirmiers de catégorie A, elle se situe, selon les grades, de 250 euros à 500 euros par an. Vous le voyez, ce sont là des mesures significatives.

Madame Khirouni, nous avons lancé un plan national de lutte contre la maladie de Lyme, très attendu et bien accueilli à la fois par les professionnels de santé et les associations, aux côtés desquelles vous avez œuvré. Deux millions d'euros seront consacrés au développement de la recherche, dont 700 000 euros au développement de la recherche sur les diagnostics. À mesure que les centres de prise en charge spécialisés seront mis en place, nous pourrons mieux apprécier les besoins financiers. L'ensemble du plan sera financé et les mesures mises en place pour 2017 seront financées sur le budget de la sécurité sociale.

Monsieur Sebaoun, actuellement, les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ne sont pas autorisés à transporter les enfants décédés à la suite d'une mort subite ; seuls les véhicules funéraires sont habilités à le faire. Une mesure du PLFSS vise à permettre aux SMUR d'effectuer le transfert des corps vers les centres de référence de la mort inattendue du nourrisson pour procéder aux examens nécessaires, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé. Cette même mesure prévoit le transport des parents, qui ne souhaitent, en général, pas être séparés du corps de leur enfant dans de telles circonstances. S'agissant de l'extension du dispositif aux sportifs, je vous propose d'examiner cette question en détail avec mes services d'ici à l'examen du PLFSS en séance.

Monsieur Tian, les réponses à vos questions ont été apportées. Il ne s'agit pas de créer des usines à gaz. Nous observons une amélioration très significative de la gestion du régime des indépendants. Il est important de faire passer ce message, car nous constatons un décalage persistant entre le sentiment exprimé par certains travailleurs indépendants, qui tient à l'histoire difficile du RSI, et la réalité des situations. Nombre d'entre eux conviennent que les difficultés qu'ils rencontraient autrefois ont disparu. Nous voulons permettre la cohérence du dispositif, qui doit être neutre pour les indépendants eux-mêmes. Nous savons que des réseaux parallèles existent et voulons éviter des différences de gestion entre les divers régimes.

Madame Massonneau, votre question renvoie à un chantier présidentiel : la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de onze à vingt et un ans. Le Président de la République a engagé un important travail concernant la jeunesse, sur lequel il aura l'occasion de faire des annonces. Il a souhaité que des mesures soient prises afin de répondre à la situation particulière des jeunes en état de vulnérabilité et de souffrance psychique, qui sont assez nombreux puisqu'on estime leur proportion à 10 % ou 20 %. J'ai procédé hier à l'installation du Conseil national de la santé mentale, composé de professionnels de la santé, du secteur social et de l'éducation nationale et présidé par le sociologue Alain Ehrenberg, dont les travaux font autorité en ce domaine. Il formulera des recommandations pour la prise en charge des jeunes en souffrance psychique. D'ores et déjà, j'ai voulu inscrire dans le PLFSS un article dédié à la mise en place d'une expérimentation : coordonnée par les maisons des adolescents, pilotée par les agences régionales de santé en lien avec les inspections académiques, elle concernera 1 500 jeunes dans trois territoires choisis au sein des régions Île-de-France, Pays de la Loire et Grand Est. Son objectif est de faciliter le repérage des signes de souffrance psychique, de proposer une orientation vers un médecin chargé de l'évaluation des difficultés – médecin traitant, médecin généraliste, médecin scolaire ou pédiatre. Cette évaluation pourra conduire à un accompagnement par un psychologue clinicien jusqu'à dix séances pour le jeune et deux séances pour les parents, pris en charge par

l'assurance maladie sur une base forfaitaire – pour les psychiatres, les mécanismes de prise en charge existent déjà.

Je pense avoir répondu à toutes les questions, madame la présidente.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous remercions les membres du Gouvernement avec qui nous partagerons encore plusieurs heures de discussion autour de ce PLFSS.

La séance est levée à vingt heures dix.



Présences en réunion

Réunion du mardi 11 octobre 2016 à 17 heures

Présents. – M. Bernard Accoyer, M. Pierre Aylagas, M. Alain Ballay, M. Gérard Bapt, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane-Laroussi, Mme Sylviane Bulteau, M. Yves Censi, M. Gérard Cherpion, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Philip Cordery, M. Jean-Louis Costes, M. Rémi Delatte, Mme Michèle Delaunay, Mme Fanny Dombre Coste, M. Dominique Dord, Mme Jacqueline Fraysse, M. Renaud Gauquelin, M. Jean-Patrick Gille, Mme Joëlle Huillier, Mme Monique Iborra, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Conchita Lacuey, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, Mme Marie-Thérèse Le Roy, M. Céleste Lett, M. Michel Liebgott, M. Gilles Lurton, Mme Véronique Massonneau, M. Philippe Noguès, M. Robert Olive, Mme Dominique Orliac, M. Bernard Perrut, Mme Bérengère Poletti, M. Denys Robiliard, M. Jean-Louis Roumégas, M. Gérard Sebaoun, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine, M. Francis Vercamer, M. Arnaud Viala

Assistait également à la réunion. – Mme Claude Greff