

Document
mis en distribution
le 24 octobre 2005



N° 2609

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958 DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 octobre 2005.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la
sécurité sociale pour 2006* (n° 2575)

TOME I

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. JEAN-PIERRE DOOR,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	13
I.- LE NOUVEAU CADRE ORGANIQUE PERMET UN RENFORCEMENT DES PRÉROGATIVES DU PARLEMENT ET AMÉLIORE LES CONDITIONS DU PILOTAGE DES FINANCES SOCIALES	15
A. LE PARLEMENT ACCROÎT SON CONTRÔLE SUR LES FINANCES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES FONDS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	15
1. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans l'histoire d'un contrôle parlementaire accru.....	15
2. L'amélioration de la qualité de la tenue de la comptabilité des organismes de sécurité sociale	16
B. LES APPORTS DE LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	16
1. Les remarques récurrentes des parlementaires ont été prises en compte	16
2. Le cadre de la discussion et de l'adoption des lois de financement de la sécurité sociale est modernisé	17
a) <i>Les conditions de discussion des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont améliorées</i>	17
b) <i>L'autonomie financière des régimes de base de la sécurité sociale est renforcée</i>	19
c) <i>Une nouvelle présentation permet de clarifier la lecture des comptes de l'exercice précédent, de l'exercice en cours et de l'année à venir</i>	20
d) <i>La loi organique pose une condition à la croissance de la dette sociale</i>	20
3. L'application est progressive et conditionnée.....	21
a) <i>L'application différée des dispositions relatives aux programmes de qualité et d'efficience et à la certification des comptes sociaux</i>	21
b) <i>Le présent projet ne comporte pas de sous-objectifs de dépenses de branche</i>	21
c) <i>Le statut de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) au regard des dispositions organiques</i>	22
d) <i>Le calendrier très serré de la discussion parlementaire peut limiter considérablement les apports de la loi organique.....</i>	22

II.- LES RÉSULTATS POUR 2004 ET 2005 MONTRENT LA NÉCESSITÉ D'APPROFONDIR LES RÉFORMES DÉJÀ ENGAGÉES	23
A. EN 2004, LA SÉCURITÉ SOCIALE ENREGISTRE UN RECORD HISTORIQUE DE DÉFICIT	23
1. L'exercice 2004 des régimes de base est marqué par la poursuite de la dégradation des comptes du régime général	23
a) <i>L'évolution des ressources et des soldes fait apparaître des besoins de financement</i>	24
b) <i>Les dépenses de la branche maladie, bien que pas encore concernées par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, ont cru à un rythme relativement modéré</i>	25
c) <i>Les dépenses de la branche vieillesse sont accrues en raison des possibilités de départs anticipés</i>	25
d) <i>L'évolution des dépenses de la branche famille confirme la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant</i>	26
e) <i>La branche accidents du travail – maladies professionnelles a enregistré en 2004 des dépenses de l'ordre de 10 milliards d'euros</i>	26
2. Les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ont connu des déficits importants en 2004	26
a) <i>En 2004, le Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) n'est pas encore un organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base</i>	26
b) <i>Le déficit cumulé du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteint 1,75 milliard d'euros à la fin de l'année 2004</i>	28
c) <i>La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) monte en charge en 2004</i>	28
3. Les difficultés croissantes de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ont trouvé une solution inédite en 2004	29
a) <i>Le recours à la dette sociale pour financer les déficits de la branche maladie en 2004 a permis de soulager l'ACOSS</i>	29
b) <i>Les plafonds d'avance sont-ils devenus un mode de financement permanent ?</i>	30
c) <i>L'ACOSS a été conduite à diversifier son financement en 2004</i>	31
B. EN 2005, SI LA BRANCHE MALADIE RÉDUIST SIGNIFICATIVEMENT SON DÉFICIT, LES AUTRES BRANCHES ET LES FONDS SONT DANS LE ROUGE	31
1. L'évolution des ressources 2005 est marquée par l'atonie de la masse salariale et par les nouvelles recettes créées par la loi relative à l'assurance maladie	32
a) <i>La masse salariale a augmenté moins que prévu en 2005</i>	32
b) <i>L'assurance maladie a perçu des recettes supplémentaires significatives en 2005</i>	33

2. Les soldes prévisionnels de 2005 sont marqués par l'apparition de l'important déficit du régime agricole et la stabilisation du besoin de financement du régime général	33
3. La branche maladie réduit significativement son déficit	34
a) <i>Le déficit 2005 est réduit et atteint - 8,3 milliards d'euros</i>	34
b) <i>L'ONDAM 2005 est respecté : une première depuis 1998</i>	34
4. La situation des autres branches se dégrade	35
a) <i>Le déficit de la branche famille est conjoncturel</i>	35
b) <i>La branche vieillesse connaît un déséquilibre structurel préoccupant</i>	35
c) <i>La branche accidents du travail et maladies professionnelles signe sa première convention d'objectifs et de gestion</i>	36
5. Le soulagement procuré par la reprise de la dette sociale en 2004 n'empêche pas une dégradation significative en fin de période de la trésorerie du régime général en 2005	36
6. Les fonds de financement deviennent des nouveaux foyers de déficit	36
a) <i>Le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) accumule les déficits</i>	37
b) <i>Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) manque de ressources stables et dynamiques</i>	37
7. L'endettement de la sécurité sociale contraint fortement la politique à suivre	38
a) <i>Le rôle central de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dans notre système de financement de la sécurité sociale a été consacré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie</i>	38
b) <i>Le terme de l'extinction de la mission de la CADES dépend de nombreux paramètres</i>	39
III.- LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT POUR 2006 PREND LA MESURE DE LA SITUATION DÉGRADÉE DES FINANCES SOCIALES ET DESSINE LA VOIE DU REDRESSEMENT	41
A. 2006 SERA L'ANNÉE D'UN REDRESSEMENT VIGOUREUX DES COMPTES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE	42
1. Le cadrage macro-économique détermine en partie le niveau des recettes prévues en 2006	42
a) <i>Le cadrage macro-économique est désormais inscrit dans un cadre quadriannuel approuvé par le Parlement</i>	42
b) <i>Les prévisions de recettes 2006 de l'ensemble des régimes de base s'élèvent à 363,5 milliards d'euros</i>	43
c) <i>La répartition du produit tiré des droits tabacs connaît des modifications en 2006</i>	44
2. En 2006, le déficit de l'assurance maladie du régime général continue à se réduire fortement	45
a) <i>La branche maladie présente un déficit réduit à - 6,1 milliards d'euros</i>	46

b) <i>Le déficit de la branche vieillesse est porté à - 1,4 milliard d'euros.....</i>	47
c) <i>La branche famille enregistre un déficit de - 1,2 milliard d'euros.....</i>	47
d) <i>La branche accidents du travail – maladies professionnelles voit ses recettes augmentées en 2006.....</i>	47
e) <i>Le financement de la prise en charge de la dépendance est modernisé en 2006</i>	47
B. QUEL EST L'AVENIR DES FONDS DE FINANCEMENT ?	48
a) <i>Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) connaît en 2006 un déficit qui devient structurel</i>	48
b) <i>La situation du Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA) en 2006, marquée par un déficit de - 1,7 milliard d'euros, exige aussi des mesures vigoureuses de redressement.....</i>	51
c) <i>Le Fonds de réserve des retraites (FRR) va-t-il rester un « fonds sans fonds » ?</i>	52
C. LA CLARIFICATION DES RELATIONS ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE EXIGE DES EFFORTS SUPPLÉMENTAIRES	53
1. Les exonérations de cotisations sociales ont un impact fort sur la structure du financement des régimes de la sécurité sociale.....	53
2. Le prélèvement sur recettes proposé par le projet de loi de finances pour 2006 financera les allègements généraux de cotisations patronales.....	54
a) <i>Le dispositif proposé concerne un large panel de recettes.....</i>	54
b) <i>L'appréciation sur le dispositif doit porter au-delà de 2006.....</i>	55
c) <i>D'autres problèmes sont liés aux périmètres différents de l'Etat et de la sécurité sociale</i>	56
D. UNE RÉFLEXION PROSPECTIVE À MENER SUR LE FINANCEMENT À TERME DE LA PROTECTION SOCIALE	57
1. L'impératif de clarté et de lisibilité s'impose.....	57
2. Comment répondre aux besoins structurels de financement ?	57
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	59
I.- AUDITIONS.....	59
A. AUDITION DE M. PHILIPPE SEGUIN, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES	59
B. AUDITION DE M. XAVIER BERTRAND, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, ET DE M. PHILIPPE BAS, MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006	70

II.- EXAMEN DES ARTICLES	97
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2004	97
<i>Article 1^{er} : Approbation au titre de l'exercice 2004 des tableaux d'équilibre</i>	97
<i>Article 2 : Approbation du rapport figurant en annexe A et précisant les modalités d'affectation des excédents ou de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2004.....</i>	100
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2005.....	103
<i>Section 1 : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale.....</i>	103
<i>Article 3 : Rectification pour 2005 des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général</i>	103
<i>Article 4 : Rectification pour 2005 des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base</i>	105
<i>Article 5 : Rectification pour 2005 de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale – Rectification pour 2005 des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites.....</i>	107
<i>Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses.....</i>	108
<i>Article 6 : Contribution pour 2005 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave</i>	108
<i>Article additionnel après l'article 6 : Prise en compte du « plan autisme » dans les dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie</i>	109
<i>Article 7 : Rectification pour l'année 2005 des objectifs de dépenses de branche des régimes obligatoires de base</i>	109
<i>Article 8 : Rectification pour 2005 de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie</i>	110
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2006.....	111
<i>Article 9 : Approbation du rapport figurant en annexe B et décrivant pour 2006-2009 les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement.....</i>	111
<i>Section 1 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement.....</i>	113
<i>Article additionnel avant l'article 10 : Crédit d'un groupe de travail au sein de la commission des comptes de la sécurité sociale destiné à étudier les pistes de réforme du financement de la sécurité sociale.....</i>	113
<i>Article 10 : Conditions d'assujettissement des intérêts des plans d'épargne logement aux prélèvements sociaux</i>	115
<i>Après l'article 10</i>	117
<i>Article 11 : Suppression de l'abattement applicable aux cotisations patronales dues au titre des contrats de travail à temps partiel conclus avant la réduction du temps de travail.....</i>	119

<i>Article 12 : Conditions d'assujettissement à l'impôt sur le revenu et aux cotisations sociales des indemnités versées aux salariés en cas de rupture du contrat de travail et aux dirigeants de société en cas de départ forcé</i>	120
<i>Après l'article 12</i>	125
<i>Article 13 : Assiette des cotisations et contributions sociales pour les heures de travail effectif et pour les contributions aux régimes de retraite complémentaire</i>	126
<i>Article 14 : Extension de l'assujettissement de la contribution sociale de solidarité des sociétés aux organismes publics exerçant leur activité dans un cadre concurrentiel</i>	130
<i>Après l'article 14</i>	132
<i>Article 15 : Spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments rétrocédés – Taxe sur les dépenses de promotion – Contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur le chiffre d'affaires</i>	133
<i>Après l'article 15</i>	136
<i>Article 16 : Approbation du montant des compensations des exonérations, des réductions ou des abattements d'assiette de cotisations ou de contributions de sécurité sociale</i>	136
Section 2 : Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé	141
<i>Article 17 : Lutte contre le travail dissimulé</i>	141
<i>Avant l'article 18</i>	144
Section 3 : Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre	145
<i>Article 18 : Prévisions pour 2006 des recettes des régimes obligatoires de base et du régime général</i>	145
<i>Article 19 : Prévisions pour 2006 des recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base</i>	148
<i>Article 20 : Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale</i>	149
<i>Article 21 : Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre du régime général</i>	151
<i>Article 22 : Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base</i>	152
<i>Article 23 : Objectif pour l'année 2006 d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale – Prévisions pour 2006 des recettes affectées au Fonds de réserve des retraites</i>	153
Section 4 : Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité	154
<i>Article 24 : Procédure de certification des comptes des régimes autres que le régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base</i>	154
<i>Article additionnel après l'article 24 : Responsabilité des agents comptables des organismes de sécurité sociale (articles L. 122-2, L. 122-3, L. 122-4 et L. 122-5 du code de la sécurité sociale)</i>	156
<i>Article 25 : Habilitation pour 2006 des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à des ressources non permanentes</i>	156

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2006.....	160
Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses de l'assurance maladie.....	160
<i>Avant l'article 26</i>	160
<i>Article 26 : Prestations en espèces des détenus libérés et des chômeurs reprenant une activité – Fin de la majoration du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois</i>	161
<i>Article additionnel après l'article 26 : Rapport sur les indemnités de frais de déplacement des professionnels de santé.....</i>	162
<i>Article 27 : Règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire – Prescription de soins de masso-kinésithérapie – Possibilité de désigner conjointement comme médecin traitant les médecins salariés exerçant dans un même centre de santé – Prescription de dispositifs médicaux par les sages-femmes.....</i>	162
<i>Article 28 : Dispositif de régulation des prix des médicaments et des produits ou prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour.....</i>	164
<i>Après l'article 28</i>	165
<i>Article 29 : Dispositions diverses relatives au dispositif du médecin traitant et aux médecins remplaçants.....</i>	169
<i>Après l'article 29</i>	171
<i>Article 30 : Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé</i>	171
<i>Article additionnel après l'article 30 : Amélioration de l'évaluation des soins courants en milieu hospitalier.....</i>	173
<i>Article 31 : Répartition des crédits finançant la prise en charge des patients en unités de soins de longue durée.....</i>	174
<i>Article 32 : Convention pluriannuelle, forfait soins des établissements médico-sociaux et fonctionnement des pharmacies à usage interne.....</i>	176
<i>Article 33 : Transfert du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues et des lits halte soins santé à l'assurance maladie – Création d'un nouvel objectif médico-social</i>	178
<i>Article 34 : Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des groupements d'entraide mutuelle, de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et des services de soins infirmiers à domicile.....</i>	180
<i>Article 35 : Modalités du financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle</i>	181
<i>Article 36 : Financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie</i>	182
<i>Article 37 : Modification de la règle d'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur pour les actes dont le tarif est supérieur à 91 euros</i>	182
<i>Après l'article 37</i>	185
<i>Article 38 : Messages à caractère sanitaire dans les publicités alimentaires</i>	186
<i>Après l'article 38</i>	187
<i>Article 39 : Pérennisation, élargissement des missions et montant de la dotation pour 2006 du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville</i>	187

<i>Article 40 : Montant pour 2006 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés</i>	188
<i>Article additionnel après l'article 40 : Pérennisation de l'aide financière aux établissements privés fortement sous-dotés ayant bénéficié de subventions du Fonds pour la modernisation des établissements publics et privés dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité</i>	189
<i>Article 41 : Contribution pour 2006 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave</i>	189
<i>Article 42 : Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2006</i>	190
<i>Article additionnel après l'article 43 : Prise en compte des créations d'établissements dans le montant de l'objectif qualifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation</i>	192
<i>Article additionnel après l'article 43 : Information sur les dotations relatives aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation attribuées à chaque établissement</i>	192
<i>Article 44 : Transmission au Parlement des propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à l'évolution prévisible des charges et des produits des régimes d'assurance maladie</i>	193
Section 2 : <i>Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse</i>	193
<i>Article 45 : Intégration du régime d'assurance vieillesse des ministres du culte dans le régime général</i>	193
<i>Après l'article 45</i>	194
<i>Article 46 : Conditions de service des prestations de minimum vieillesse aux personnes de nationalité étrangère</i>	195
<i>Article 47 : Réforme des régimes d'avantage social vieillesse des professions de santé</i>	195
<i>Après l'article 47</i>	196
<i>Article 48 : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2006</i>	196
Section 3 : <i>Dispositions relatives aux dépenses d'assurance des accidents du travail</i>	197
<i>Article 49 : Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante</i>	197
<i>Après l'article 49</i>	197
<i>Article 50 : Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	199
<i>Article 51 : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2006</i>	199
Section 4 : <i>Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille</i>	200
<i>Article 52 : Adaptation du complément de libre choix d'activité</i>	200
<i>Article 53 : Allocation journalière de présence parentale</i>	201

<i>Article 54 : Maintien des anciennes prestations de petite enfance jusqu'en décembre 2009</i>	203
<i>Article 55 : Financement des majorations de pensions pour enfants prises en charge par la branche famille</i>	204
<i>Article 56 : Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2006</i>	205
Section 5 : <i>Dispositions relatives à la gestion du risque</i>	205
<i>Article 57 : Contrôle et lutte contre la fraude aux prestations sociales</i>	205
<i>Après l'article 57</i>	216
<i>Article 58 : Charges prévisionnelles pour 2006 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale</i>	217
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	219

INTRODUCTION

Nous célébrons cette année le soixantième anniversaire de la création de la sécurité sociale. Cet anniversaire est d'abord l'occasion de souligner combien la sécurité sociale est devenue l'un de nos trésors nationaux et combien sa constitution a permis de construire et préserver l'unité du pays. C'est aussi malheureusement l'occasion pour tous de se rendre compte que la sécurité sociale, institution à laquelle tant de personnes sont légitimement attachées, devient de plus en plus un chef-d'œuvre en péril. En effet, la dégradation continue de sa situation financière pourrait commencer, à moyen terme, à poser sérieusement la question de l'existence de ce système unique mais si fragile. Le passage à l'euro en 2000 a optiquement réduit l'ampleur des déficits. Ces derniers atteignent en fait des profondeurs inégalées, à la hauteur des situations ayant motivé, lors de la dernière décennie, des thérapies de choc.

Aujourd'hui, il faut tout faire pour qu'on puisse bien fêter en 2015 le soixante-dixième anniversaire de la création de la sécurité sociale. Le gouvernement, soutenu par sa majorité, s'y emploie.

Luttant contre tous les conservatismes, écartant les divers corporatismes, le gouvernement a commencé à prendre les mesures qui s'imposaient. Ainsi la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie constituent des réformes profondes et structurantes, auxquelles s'ajoutent la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées du 30 juin 2004 et la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ces décisions, malgré l'urgence avérée qui les motivait, avaient été maintes fois repoussées par le passé en raison de leur caractère supposé impopulaire.

Depuis le début de la législature, de très nombreuses réformes sont intervenues par voie législative dans le champ social, concernant peu à peu tous les pans de notre système de protection sociale : réforme des retraites, réforme de l'assurance maladie, mise en place de la tarification à l'activité dans les hôpitaux, création de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), refonte totale du financement de la dépendance et de la compensation du handicap ...

Aujourd'hui, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, dixième projet du genre déposé sur le bureau de notre assemblée, vise à aller plus loin dans cette direction en réformant notre système tout en maintenant ses valeurs fondatrices.

Ce projet de loi s'inscrit dans un cadre doublement rénové. D'abord, la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale modifie sensiblement les conditions de discussion et le contenu

des lois de financement de la sécurité sociale en améliorant le pilotage des finances sociales. Ensuite, la loi relative à l'assurance maladie a complètement rénové le dispositif de la gouvernance de l'assurance maladie.

Conformément aux dispositions constitutionnelles, ce projet vise à fixer les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale. L'état de nos finances sociales souligne la nécessité toujours actuelle de procéder à des modifications substantielles de notre système de sécurité sociale. C'est ce que propose ce texte, qui montre bien que le gouvernement n'a pas choisi la voie de l'immobilisme mais bien celle de la réforme.

Le présent rapport rappellera d'abord les apports essentiels de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (I), qui conduit notamment à accroître significativement les prérogatives des parlementaires. Il fera ensuite la synthèse de l'état des finances de la sécurité sociale en 2004 et 2005 (II), avant de présenter les prévisions pour l'année 2006 avec les dispositions proposées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (III).

*

Pour préparer l'examen de ce projet de loi de financement, de nombreuses auditions ont été organisées par le rapporteur (*cf. annexe*).

La commission a examiné le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 pendant 3 séances, dont l'audition des ministres, totalisant 8 heures 40 de réunion. Elle a été saisie de 132 amendements sur les 58 articles du projet. Elle a adopté 38 amendements, 24 émanant des rapporteurs, 7 du groupe UMP, 6 du groupe UDF et 1 du groupe socialiste.

I.- LE NOUVEAU CADRE ORGANIQUE PERMET UN RENFORCEMENT DES PRÉROGATIVES DU PARLEMENT ET AMÉLIORE LES CONDITIONS DU PILOTAGE DES FINANCES SOCIALES

La loi organique n° 96-646 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a constitué un véritable changement de paradigme pour les finances sociales du pays. Elle permet de moderniser profondément à la fois le contenu, le périmètre et les conditions de discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale. A ce titre, on peut évoquer une véritable révolution démocratique s'agissant de l'amélioration des conditions de discussion de masses financières dépassant celles de la loi de finances. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans un mouvement d'accroissement des prérogatives du Parlement. Si certains de ses apports feront l'objet d'une application différée, il faut se féliciter de la rapidité de l'application de ce texte voté en août dernier et donc rendre hommage au gouvernement pour le respect de ses engagements en la matière ; la rapidité d'application de la loi organique relative aux lois de financement tranche d'ailleurs avec la longue mise en place de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF).

A. LE PARLEMENT ACCROÎT SON CONTRÔLE SUR LES FINANCES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DES FONDS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans l'histoire d'un contrôle parlementaire accru

Si les ordonnances de 1996 ont marqué une rupture en créant les lois de financement de la sécurité sociale, les parlementaires, et en particulier les députés, quelle que soit la majorité en place, se sont peu à peu appropriés ces nouveaux outils. Ils en ont même créé de nouveaux. Ainsi, les différentes lois de financement de la sécurité sociale, grâce notamment aux apports des rapporteurs de la commission en charge des affaires sociales, ont comporté des modifications du code de la sécurité sociale visant à accroître les prérogatives parlementaires.

A titre d'exemple, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a créé l'Office parlementaire des politiques de santé (OPEPS) à l'initiative du président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales M. Jean-Michel Dubernard. On peut également évoquer une disposition de loi de financement de la sécurité sociale 2005 permettant au président du conseil de surveillance d'une caisse nationale de solliciter de l'Inspection générale des affaires sociales, en accord avec le ministre chargé de la sécurité sociale, une mission d'appui dans le cadre des travaux préparatoires à la rédaction de l'avis donné sur la mise en œuvre des conventions d'objectifs et de moyens, disposition adoptée à l'initiative du sénateur Alain Vasselle.

Un pas important a été créé dans le cadre de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui ouvre la possibilité pour chaque commission chargée des affaires sociales de créer en son sein une mission d'évaluation et de contrôle. Ainsi, la commission a constitué une mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale en février dernier, coprésidée par MM. Jean-Marie Le Guen (SOC) et Pierre Morange (UMP). Le premier thème retenu par la mission est l'organisation et les coûts de gestion des branches de la sécurité sociale ; le rapporteur exerce également la fonction de rapporteur au sein de cette structure. Le premier rapport de la mission devrait être rendu au début du mois de novembre 2005.

2. L'amélioration de la qualité de la tenue de la comptabilité des organismes de sécurité sociale

L'accroissement des compétences du contrôle parlementaire s'est accompagné de progrès significatifs dans la comptabilité des organismes sociaux afin d'atteindre l'objectif de sincérité. Ainsi, les comptes des régimes sont présentés en droits constatés et non en encaissements-décaissements, l'Etat étant dans ce domaine en retard sur les organismes de sécurité sociale.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoit également en la matière un accroissement de l'autorité de l'agent comptable national sur les comptables locaux. Le décret correspondant (applicable aux comptes de l'exercice 2006) a été préparé grâce à des travaux menés sous l'égide du Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale. Il sera publié prochainement. Un groupe de travail constitué au sein de ce Haut conseil a également été chargé d'élaborer un référentiel de validation dont disposeront les agents comptables des caisses nationales.

De plus en plus, l'amélioration des conditions de la tenue de la comptabilité des organismes sociaux permet de disposer d'une vision en « temps réel » de l'état des comptes sociaux, améliorant les conditions du pilotage de l'ensemble et l'information des parlementaires.

B. LES APPORTS DE LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale permet, en prenant en compte les remarques exprimées par les parlementaires, d'améliorer les prérogatives du Parlement en matière de loi de financement de la sécurité sociale.

1. Les remarques récurrentes des parlementaires ont été prises en compte

Depuis 1996, la pratique des lois de financement de la sécurité sociale a permis de constater que le cadre fixé par l'ordonnance organique de 1996 était

devenu inadapté. Pendant la discussion des neuf projets de loi de financement et jusqu'en 2005, les parlementaires, et particulièrement les rapporteurs du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'équilibre général et les recettes, ont avec constance dénoncé certaines carences.

Il s'agissait notamment de l'absence de cohérence du périmètre des votes des prévisions de recettes (par catégorie) et des objectifs de dépenses (par branche), et l'impossibilité pour le Parlement de voter les soldes des régimes obligatoires de base. Le manque de transparence en matière de compensation des exonérations de sécurité sociale était également régulièrement critiqué. En outre, le périmètre de la loi de financement de la sécurité sociale a peu à peu été considéré comme un véritable corset, d'une part en raison des règles de recevabilité des amendements et d'autre part en raison du caractère strictement annuel de la loi de financement de la sécurité sociale. De plus, le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale n'intégrait pas les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base. Enfin, le fait que le Parlement ne pouvait se prononcer sur les composantes de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) était aussi considéré comme un défaut du cadre organique fixé en 1996.

2. Le cadre de la discussion et de l'adoption des lois de financement de la sécurité sociale est modernisé

S'il a fallu près de quarante ans pour moderniser l'ordonnance organique relative aux lois de finances, les neuf exercices des lois de financement de la sécurité sociale ont permis de dégager des pistes concrètes d'amélioration, qui ont trouvé leur réalisation en 2005.

a) Les conditions de discussion des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont améliorées

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale rénove considérablement le contenu des lois de financement en réécrivant, notamment, profondément les articles LO 111-3 (contenu des lois de financement) et LO 111-4 (documents joints au projet) du code de la sécurité sociale. Elle s'inspire de la loi organique relative aux lois de finances et met en place un contrôle parlementaire accru et plus fin sur les finances publiques. Préparée par les travaux de certains parlementaires, notamment M. Yves Bur, député, considérablement améliorée par la discussion parlementaire et le rapporteur du projet de loi pour la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République, M. Jean-Luc Warsmann, ce texte accroît significativement les prérogatives du Parlement. Il renforce notamment la précision et le périmètre des données fournies aux parlementaires, étendant le champ de leur contrôle.

Ainsi, le vote des recettes est désormais effectué par branche, et non plus par catégorie. Les objectifs de dépenses étant également votés par branche, cela

permet au Parlement de se prononcer sur les soldes des régimes obligatoires de base en votant leurs tableaux d'équilibre. Auparavant, le Parlement se prononçait séparément sur des agrégats de recettes et de dépenses.

Cette exigence d'universalité est également soulignée par le fait que, contrairement aux dispositions antérieures, la loi de financement de la sécurité sociale concerne désormais tous les régimes de base, les organismes concourant à leur financement tels le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le Fonds de financement des prestations des non salariés agricoles (FFIPSA), le Fonds de réserve des retraites (FRR) ainsi que la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). La loi de financement de la sécurité sociale présentera les dépenses et les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires et non plus des seuls régimes comptant plus de 20000 cotisants, comme le prescrivait l'ordonnance organique de 1996.

De plus, la sincérité des lois de financement, objectif de nature constitutionnelle, est renforcée. La Cour des comptes certifiera les comptes du régime général et se prononcera sur la cohérence des tableaux d'équilibre du dernier exercice clos. Le contrôle parlementaire de la dette sociale et des résultats du précédent exercice sera plus étroit : le Parlement aura un droit de regard sur l'amortissement de la dette et sur les sommes mises en réserve. Le vote sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) devient également plus précis. Les parlementaires voteront des sous-objectifs, d'un nombre minimal de cinq, et ils pourront modifier, à l'intérieur de l'ONDAM, le montant des différents sous-objectifs. Il s'agit d'une avancée considérable, dont l'introduction était réclamée depuis plusieurs années. A noter également que l'information des parlementaires est substantiellement améliorée grâce à la création d'annexes au contenu aussi riche que pertinent.

La nouvelle loi organique introduit une démarche « objectifs-résultats » en s'inspirant des dispositions de la LOLF relatives aux projets de programme. A ce titre, une annexe à la loi présentera les « *programmes de qualité et d'efficience (PQE)* » de la politique de sécurité sociale dans chacune des branches.

Conformément aux nouvelles dispositions organiques, les lois de financement présentent au Parlement un cadrage pluriannuel des prévisions financières : la loi de financement de la sécurité sociale fixera les perspectives de recettes et de dépenses pour les quatre années à venir. En outre, la loi de financement de la sécurité sociale pourra comporter des dispositions ayant un effet sur plusieurs années.

L'élargissement du périmètre des dispositions pouvant être inscrites dans la loi de financement de la sécurité sociale était réclamé depuis longtemps par les députés, qui ont régulièrement souligné combien les règles de recevabilité de leurs amendements étaient rigoureuses. Cependant, le rapporteur estime que l'élargissement du périmètre de la loi de financement, certes souhaitable dans son principe, a peut-être été mené de manière trop extensive, à la fois sans son

principe (la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale) et son application par le gouvernement.

A certains égards, le présent projet, au moins dans sa première version communiquée au rapporteur, confirme quelque peu cette appréhension. Les lois de financement de la sécurité sociale ne doivent pas perdre leur qualité de « loi financière », la Constitution aménageant des conditions spéciales de discussion au bénéfice du gouvernement (l'urgence est de droit) et fixant des délais prédéterminés de discussion et d'adoption du projet.

b) L'autonomie financière des régimes de base de la sécurité sociale est renforcée

Deux dispositions de la loi organique contribuent à rendre le financement des régimes de base plus autonome en disposant que seule une loi de financement peut procéder aux deux opérations suivantes :

– l'affectation totale ou partielle d'une recette exclusive de la sécurité sociale à une personne morale autre que les régimes de base ou les organismes concourant à leur financement ;

– la dérogation au principe de compensation par le budget de l'Etat des mesures de réduction, d'exonération ou d'abattement d'assiette de cotisation ou de contribution sociale, ce principe de compensation étant inscrit à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

En outre, chaque année, le montant des compensations aux exonérations de cotisations, présenté dans un rapport joint en annexe, devra être approuvé par un article de la loi de financement de la sécurité sociale. A titre de rappel, la discussion de la loi organique a vu échouer dans chaque assemblée une proposition d'élever au niveau organique le principe de compensation par l'Etat des réductions de ressources des régimes de la sécurité sociale. Les annexes au projet comporteront des informations précises sur les périmètres respectifs de l'Etat et des régimes de la sécurité sociale.

Enfin, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale effectue un renvoi au projet de loi de finances afin de renforcer l'articulation entre les deux textes. En effet, les deux projets, adoptés en Conseil des ministres à quelques semaines d'intervalle, doivent logiquement reposer sur des hypothèses macroéconomiques identiques. A cette fin, la loi organique relative aux lois de financement renvoie au rapport prévu par l'article 50 de la LOLF et qui porte sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la nation.

c) Une nouvelle présentation permet de clarifier la lecture des comptes de l'exercice précédent, de l'exercice en cours et de l'année à venir

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale se présente désormais de la manière suivante :

- le projet de loi de financement de la sécurité sociale considéré au sens strict ;
- quatre rapports, dont deux (perspectives quadriennales et affectation ou couverture du solde du dernier exercice clos) font chacun l'objet d'une approbation par un article du projet ;
- neuf annexes, le montant des compensations faisant l'objet d'une approbation par un article du projet.

Les lois de financement comportent désormais quatre parties. La première porte sur le dernier exercice clos et la deuxième sur celui de l'année en cours (rectifications) ; la troisième partie est relative aux recettes et à l'équilibre général de l'année à venir ; la quatrième partie, a trait aux dépenses de l'année à venir.

Une précision méthodologique préalable s'impose. Dans la lecture du projet comme du présent rapport, il est en effet nécessaire de toujours bien distinguer :

- les chiffres relatifs au régime général ;
- les chiffres relatifs à l'ensemble des régimes obligatoires de base ;
- les chiffres incluant tous les régimes et les organismes concourant à leur financement, le périmètre de ces organismes variant entre 2004, 2005 et 2006 (*cf. infra*).

d) La loi organique pose une condition à la croissance de la dette sociale

L'article 20 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale comprend une disposition très importante relative à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

Il prévoit en effet, que tout transfert nouveau de dette à la CADES sera accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.

3. L'application est progressive et conditionnée

a) L'application différée des dispositions relatives aux programmes de qualité et d'efficience et à la certification des comptes sociaux

Même si l'essentiel des dispositions de la loi organique est appliqué cette année, certains articles font l'objet, conformément à l'article 23 de la loi organique, d'une application différée.

C'est notamment le cas des programmes de qualité et d'efficience. Ainsi, les projets de programmes de qualité et d'efficience seront transmis, pour avis, aux commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale, au plus tard le 31 mai 2006, et joints en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. L'annexe comprenant les programmes sera jointe pour la première fois au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. A titre transitoire, l'annexe présentant les données de la situation sanitaire et sociale de la population est jointe aux projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et pour 2007.

En outre, la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit la certification par la Cour des comptes de la régularité, de la sincérité et la fidélité des comptes des caisses nationales et des comptes combinés du régime général. Ces nouvelles missions s'exerceront pour la première fois en 2007 sur les comptes de l'exercice 2006. La Cour en rendra compte dans un rapport spécifique annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Enfin, le présent projet, conformément au 4° de l'article 23 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, ne comprend pas l'annexe visée au 6° du III du LO 111-4 du code de la sécurité sociale et « *détaillant les mesures ayant affecté les champs respectifs d'intervention de la sécurité sociale, de l'Etat et des autres collectivités publiques, ainsi que l'effet de ces mesures sur les recettes, les dépenses et les tableaux d'équilibre de l'année des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, et présentant les mesures destinées à assurer la neutralité des opérations pour compte de tiers effectuées par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement pour la trésorerie desdits régimes et organismes* ».

b) Le présent projet ne comporte pas de sous-objectifs de dépenses de branche

Cette année, le gouvernement a fait le choix de ne pas présenter de sous-objectifs pour les objectifs de dépenses de branche, alors que la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale lui ouvre cette faculté. Le rapporteur peut comprendre que la brièveté des délais d'application de la loi organique ait conduit à ce choix. Il formule le vœu que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 puisse être l'occasion d'appliquer cette disposition.

c) Le statut de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) au regard des dispositions organiques

• *La CNSA*

Pour les exercices 2004 et 2005, il faut souligner que la CNSA est classée au sens de la loi organique comme un « organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base » car elle transfère des ressources aux régimes d'assurance maladie pour financer la création de places dans les établissements médico-sociaux.

Cependant, en 2006, la CNSA ne sera plus un organisme concourant au financement des régimes de base. En effet, avec la création de la prestation compensatoire du handicap au 1^{er} janvier 2006, la CNSA gérera des sommes provenant d'une part de la contribution sociale pour l'autonomie (CSA) et d'autre part de l'ONDAM médico-social. Conformément à l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale, les comptes de la CNSA sont présentés dans une annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

• *Le FFIPSA*

Le fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA) a été mis en place au 1^{er} janvier 2005, conformément à la loi de finances pour 2005.

Il n'est donc pas compris dans le titre I du projet de loi relatif à l'exercice 2004.

d) Le calendrier très serré de la discussion parlementaire peut limiter considérablement les apports de la loi organique

Cette année, un délai d'une semaine a séparé l'adoption du projet de loi en Conseil des ministres de l'examen en commission, suivi une semaine plus tard du débat en séance publique. Ces délais excessivement courts ne permettent pas un travail au fond satisfaisant, d'autant plus que la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale conduit à augmenter sensiblement le nombre d'articles du projet (la loi de financement de la sécurité sociale doit désormais comporter 22 articles obligatoires).

Le rapporteur se réjouit de voir que les annexes jointes au projet de loi sont nombreuses, riches et informatives. Néanmoins, le calendrier adopté interdit leur exploitation complète et donc dessert considérablement le travail des députés. La même remarque vaut pour les réponses aux questionnaires parlementaires, dont l'arrivée tardive et postérieure aux délais fixés par la loi organique interdit pratiquement toute exploitation.

II.- LES RÉSULTATS POUR 2004 ET 2005 MONTRENT LA NÉCESSITÉ D'APPROFONDIR LES RÉFORMES DÉJÀ ENGAGÉES

La situation financière dégradée des régimes de base de la sécurité sociale a connu un record historique en 2004 et a atteint - 11,5 milliards d'euros. La dégradation de cette situation financière est essentiellement due à la situation du régime général (- 11,9 milliards d'euros). En 2005, le montant du déficit des régimes de base devrait se dégrader à nouveau à - 12,9 milliards d'euros, mais le régime général voit son déficit stabilisé à - 11,9 milliards d'euros.

En revanche, en 2004 comme en 2005, la situation des comptes des organismes concourant au financement des régimes ne connaît pas d'amélioration. Leurs déficits s'accumulent de manière préoccupante. Selon les chiffres donnés par la commission des comptes de la sécurité sociale, le déficit des régimes de base *et* du FSV se monte à - 12,2 milliards d'euros en 2004 et devrait atteindre - 15,2 milliards d'euros en 2005.

A. EN 2004, LA SÉCURITÉ SOCIALE ENREGISTRE UN RECORD HISTORIQUE DE DÉFICIT

Un des apports de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale est de faire adopter par le Parlement des dispositions présentant une certaine analogie avec la loi de règlement du budget de l'Etat. Dans ce cadre, il est désormais proposé au Parlement d'approver les dispositions relatives au dernier exercice clos, en l'espèce l'exercice 2004. Ces dispositions sont inscrites au titre premier du présent projet et sont réparties en deux articles :

– l'article premier, qui propose d'approver les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, le montant rectifié de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), les recettes affectées au Fonds de réserve des retraites (FRR) et l'amortissement de la dette sociale ;

– l'article 2, qui propose d'approver le rapport figurant en annexe A du présent projet et présentant les modalités de couverture des déficits de l'exercice 2004.

La présentation des résultats de l'exercice 2004 distinguera les régimes obligatoires de base et les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ainsi que les « fonds » au sens large.

1. L'exercice 2004 des régimes de base est marqué par la poursuite de la dégradation des comptes du régime général

On se concentrera sur les chiffres du régime général, dont le déficit 2004 atteint - 11,9 milliards d'euros. Ce cadrage global recouvre des évolutions

différentes selon les risques : si la branche vieillesse connaît un excédent comptable en 2004, le déficit de l'assurance maladie représente plus de 97 % du déficit du régime général pour l'année 2004.

a) L'évolution des ressources et des soldes fait apparaître des besoins de financement

• Les ressources du régime général ont augmenté à un rythme de 4 %

Les ressources ont augmenté significativement en 2004 : elles sont d'ailleurs *in fine* supérieures à celles qui étaient initialement prévues par la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2004. La progression annuelle de la masse salariale, après avoir connu un creux en 2003 (+1,9 %), est revenue en 2004 à un niveau plus élevé à 2,8 %, sans pour autant rejoindre sa croissance de long terme (entre 3,5 % et 4 %). Les produits issus de la CSG ont augmenté de 3 %.

Des recettes supplémentaires sont venues abonder les ressources des régimes de base, en particulier des produits supplémentaires issus des droits tabac, d'une contribution de la CNSA, de la nouvelle taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires et des transferts du FSV. Cependant, pour l'ensemble des régimes, les recettes réalisées sont inférieures à celles prévues initialement par la loi de financement de la sécurité sociale. Le tableau suivant, issu des travaux de la Cour des comptes, fait le point sur l'évolution des recettes en 2004 pour l'ensemble des régimes de base.

***Les ressources des régimes de base en 2004, prévisions et réalisations
(en droits constatés)***

<i>(en milliards d'euros)</i>					
Réalisation 2003	LFSS 2004	Rectification 2004	Réalisation 2004	Réalisé 2004/réalisé 2003	Réalisé 2004/prévision 2004
321,1	336,1	333,3	334,8	+ 4,1 %	- 1,3 %

Sur longue période, la structure du financement se modifie. La fin du FOREC et le rattachement des recettes fiscales correspondantes au budget de l'Etat conduit à un accroissement apparent de la part de la contribution étatique au financement de la sécurité sociale (de 4,5 % en 2001 à 9,5 % en 2004). Ainsi, s'agissant du seul régime général, entre 2003 et 2004, la part des contributions publiques (dont les cotisations prises en charge par l'Etat) bondit de 201 %.

• Les soldes globaux sont marqués par le déficit record du régime général

En 2004, l'évolution des produits (+ 4%) et des charges (+ 4,5 %) aboutit à un record historique du déficit du régime général. Cependant, la dégradation observée (- 1,7 milliard d'euros par rapport à 2003) est moins élevée que celle constatée entre 2002 et 2003 (- 6,7 milliards d'euros) ; la situation se dégrade, mais à un rythme réduit. Le chiffre définitif du déficit a été moins élevé que prévu par

la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2004 (ce qui réduit d'autant l'ampleur prévue de la réduction relative du déficit prévu en 2005).

Le statut du versement d'un montant de 1,097 milliard d'euros au 1^{er} avril 2004 par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) à l'ACOSS au titre du solde définitif des dettes du FOREC exige une attention particulière. Le rapport de la Cour des comptes de septembre 2005 recommande que ce montant soit considéré, en logique comptable, comme un produit exceptionnel et donc soustrait des ressources courantes, augmentant d'autant les chiffres de déficit des branches.

Ainsi, s'agissant de la branche vieillesse du régime général, il faut distinguer le résultat courant de l'exercice 2004 et le résultat comptable du même exercice. Le résultat courant, véritable indicateur de la dynamique de la branche, affiche un léger déficit de - 74,8 millions d'euros ; le résultat comptable devient positif à plus de 255 millions d'euros en raison de la part affectée à la CNAVTS du versement effectué par la CADES à l'ACOSS au titre du solde des opérations du FOREC.

b) Les dépenses de la branche maladie, bien que pas encore concernées par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, ont cru à un rythme relativement modéré

En 2004, la réforme relative à l'assurance maladie n'a pas eu le temps de produire ses premiers effets. Seul l'effet psychologique de l'annonce de la réforme a pu jouer un certain rôle dans les comportements des assurés et des professionnels, comportements néanmoins marqués par une certaine inertie. Selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, la croissance des dépenses dans le champ de l'ONDAM a connu en 2004 une augmentation de 4,9 %. Malgré une croissance des dépenses un peu moins fortes qu'attendue (que la commission des comptes de la sécurité sociale évalue à 800 millions d'euros) et un dynamisme des produits affectés à la branche, le déficit 2004 de la branche maladie reste très élevé : - 11,6 milliards d'euros.

c) Les dépenses de la branche vieillesse sont accrues en raison des possibilités de départs anticipés

Les dépenses de la branche sont fortement impactées par les mesures de la loi portant réforme des retraites, qui permettent de multiplier les retraites anticipées en faveur des personnes handicapées et des assurés ayant commencé à travailler très jeune et justifiant d'une longue durée d'assurance. Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, le coût pour l'exercice 2004 peut être estimé à 565 millions d'euros. Les dépenses 2004 du régime général se montent à plus de 75 milliards d'euros, en progression de 5 % par rapport à 2003. On peut noter une très forte croissance des dépenses liées à l'aide sociale (+ 17,5 %).

d) L'évolution des dépenses de la branche famille confirme la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant

La branche famille voit ses dépenses croître en raison des prestations d'aide sociale et des aides au logement. 2004 est le premier déficit de la branche famille depuis 1998.

e) La branche accidents du travail – maladies professionnelles a enregistré en 2004 des dépenses de l'ordre de 10 milliards d'euros

Les dépenses de la branche AT-MP pour 2004 (hors dotation à la branche maladie pour cause de compensation de la sous-déclaration des accidents du travail) ont atteint 9,9 milliards d'euros (9,7 milliards d'euros prévus en loi de financement initiale, et 10,1 rectifiés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005). Les dépassements trouvent leur origine dans d'autres régimes que le régime général.

2. Les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base ont connu des déficits importants en 2004

Afin de disposer d'une vue d'ensemble des finances de la sécurité sociale au sens de la loi de financement, l'analyse doit intégrer la situation des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base et des organismes « satellites » (FFIPSA et CNSA).

a) En 2004, le Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) n'est pas encore un organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base

Le FFIPSA, qui regroupe les comptes des trois branches maladie, vieillesse et accidents du travail - maladies professionnelles des non-salariés agricoles, a été créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004 ; en effet, le fonctionnement du BAPSA n'était pas compatible avec la mise en place de la LOLF. L'Etat devait assurer l'équilibre financier du BAPSA en versant une dotation d'équilibre (imputée sur le budget des charges communes). Le changement de support a permis de passer, d'un point de vue comptable, d'une comptabilité de caisse attachée au BAPSA à une logique de comptabilité d'exercice.

Le FFIPSA, établissement public, est doté d'un conseil d'administration et d'un comité de surveillance où siègent des parlementaires. Fait nouveau par rapport au BAPSA, le conseil d'administration de l'organisme comprend notamment des représentants du ministre chargé de la sécurité sociale. Le président du conseil d'administration est nommé par le ministre chargé de l'agriculture.

En 2004, le FFIPSA coexiste avec le budget annexe des prestations sociales des non-salariés agricoles (BAPSA). Il reste en dehors du champ de la loi de financement de la sécurité sociale. En effet, le financement du régime des exploitants agricoles relève encore du BAPSA. En outre, l'article 40 de la loi de finances pour 2004 prévoit, parmi les recettes affectées au FFIPSA, une « *dotation de l'Etat destinée, le cas échéant, à équilibrer ce fonds* », la rédaction employée indiquant cependant que le versement de cette dotation n'est pas une obligation pour l'Etat.

Sur l'exercice 2004, les missions du FFIPSA ont été limitées à la seule prise en charge des intérêts de l'emprunt de 1,3 milliard d'euros contracté par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour financer la mensualisation des exploitants agricoles, mensualisation prévue par l'article 105 de la loi portant réforme des retraites. Dans ce cadre, les recettes du FFIPSA, constituées d'une fraction du droit de consommation sur les tabacs, se sont élevées à 27,58 millions d'euros. Les dépenses (intérêts d'emprunts) s'étant établies à 13,82 millions d'euros, le résultat du compte FFIPSA s'est élevé à 13,76 millions d'euros.

En 2004, le BAPSA voit son financement modifié ; des taxes affectées au BAPSA sont supprimées et le BAPSA se voit attribuer une partie du produit des droits tabac, recette dont le dynamisme se révèle finalement moins élevé que prévu, créant un déficit. Les comptes du BAPSA font apparaître au titre de 2004 un montant de déficit de 3 199,4 millions d'euros, dont 784,6 millions d'euros pour la gestion courante 2004, 1 309,4 millions d'euros pour la mensualisation des pensions et 858,1 millions d'euros pour le passage à la comptabilité en droits constatés.

Une réponse ministérielle au questionnaire du rapporteur indique qu'« *En raison de l'absence d'existence juridique du FFIPSA au 31 décembre 2004, les montants de dépenses et de recettes relatives à la mission attribuée au FFIPSA n'ont pu être retracés de manière distincte et ont été intégrés dans les comptes du BAPSA.*

L'analyse de la Cour des comptes sur la transition du BAPSA au FFIPSA est la suivante : « *Le basculement vers le FFIPSA a conduit à établir un compte en droits constatés qui intègre des opérations de trésorerie comme la mensualisation des retraites ou les versements relatifs au mois de décembre effectués en début d'année suivante. Le compte ainsi établi fait apparaître au 31 décembre 2004 un report à nouveau négatif de 3,2 milliards d'euros. Cette situation a conduit l'Etat à demander à la CCMSA d'augmenter le montant de l'emprunt qu'elle porte pour le compte du BAPSA. Ce déficit cumulé correspond à une créance sur l'Etat qui devra figurer en tant que telle dans le bilan d'ouverture du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) qui a remplacé le BAPSA à dater du 1^{er} janvier 2005.*

b) Le déficit cumulé du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) atteint 1,75 milliard d'euros à la fin de l'année 2004

Créé par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993, le fonds de solidarité vieillesse est un établissement public de l'Etat à caractère administratif placé sous la double tutelle des ministres chargés du Budget et de la sécurité sociale. Il finance les avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale servie par les régimes de base de la sécurité sociale. Depuis 1993, le fonctionnement du fonds, ses missions, ses produits comme ses charges ont connu de très nombreuses modifications, brouillant d'autant la vocation initiale de ce fonds et participant à la complexification du financement de la sécurité sociale.

Le Fonds de solidarité vieillesse voit ses charges augmenter du fait de l'augmentation du nombre de chômeurs indemnisés et des revalorisations successives du SMIC, le SMIC servant de base de référence aux compensations versées par le FSV à la CNAVTS. A noter que l'atonie de la croissance économique pèse à la fois sur les produits (moindres rentrées de CSG) et les charges (plus de chômeurs indemnisés). Les charges relatives au transfert au titre du chômage ont ainsi progressé de 7,5 % en 2004.

Or, les recettes du Fonds (fraction du produit de la CSG, fraction du produit du prélèvement social de 2 %, fraction du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés - C3S, transfert en provenance de la CNAF) pâtissent de la modification intervenue en 2000. En effet, des recettes en baisse (diminution de la fraction de la CSG affectée au FSV) ou sujettes à de fortes variations (le produit de la C3S est réparti entre plusieurs organismes) ont remplacé des recettes dynamiques (droits sur les boissons, taxes sur les contrats de prévoyance). Quant à la contribution de la branche famille au fonds au titre du financement des majorations de pensions servies aux parents de trois enfants, son éventuelle augmentation pèserait sur les comptes de la branche famille et ne ferait que déplacer le problème financier.

Le solde du fonds au titre de l'exercice 2004 atteint - 600 millions d'euros, contre - 900 millions d'euros en 2003. Le déficit 2004 du FSV, qui s'ajoute aux déficits constatés antérieurement, laisse à penser que le déséquilibre de ce fonds est bien de nature profonde et non conjoncturelle, liée au dynamisme des charges face à des produits très variables. La situation financière tendue du FSV pèse par ricochet sur le Fonds de réserve des retraites : en effet, les excédents du FSV sont supposés alimenter le FRR.

c) La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) monte en charge en 2004

La CNSA a été créée par la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, complétée par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Elle a pour

mission de centraliser et de distribuer l'ensemble des moyens mobilisables par l'Etat et les organismes de la sécurité sociale pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et handicapées. En 2004, la majeure partie de son activité est consacrée à financer le paiement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La CNSA est dotée des produits suivants :

- 0,1 % de point de CSG (auparavant affecté au fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie FFAPA et au fonds de modernisation de l'aide à domicile, fonds auxquels la CNSA se substitue) ;
- une nouvelle contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), prélèvement de 0,3 % sur les revenus salariaux à compter du 1^{er} juillet 2004 ;
- un prélèvement additionnel de 0,3 point sur le prélèvement social de 2 %.

Selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, le produit 2004 de la CSA a atteint 911 millions d'euros, auxquels s'ajoutent 523 millions d'euros au titre de la fraction de la CSG, soit un total de 1 434 millions d'euros.

Les charges de la CNSA ont consisté en 2004 à :

- rembourser l'emprunt souscrit par le FFAPA pour financer l'APA en 2004 pour un montant de 410 millions d'euros ;
- accroître les moyens finançant cette prestation pour un montant de 350 millions d'euros ;
- abonder le financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées pour un montant de 145 millions d'euros.

Les comptes de la CNSA dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale sont en équilibre et correspondent au financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées.

3. Les difficultés croissantes de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ont trouvé une solution inédite en 2004

a) Le recours à la dette sociale pour financer les déficits de la branche maladie en 2004 a permis de soulager l'ACOSS

- Une trésorerie de plus en plus tendue en 2004

L'ACOSS assure la trésorerie de toutes les branches du régime général. Conformément au principe de la gestion séparée de la trésorerie de chaque branche posé par la loi de 1994 et précisé par le décret du 24 février 1995, elle

répercute sur chaque branche, suivant sa situation, des intérêts créditeurs ou créanciers : - 469,8 millions d'euros pour la branche maladie, + 97,3 millions d'euros pour la branche famille et -5,7 millions d'euros pour la vieillesse.

L'ACOSS est fortement impactée par l'accumulation des déficits de la branche maladie depuis 2002. Les six premiers mois de l'année 2004 ont donc été particulièrement difficiles pour la trésorerie de l'ACOSS. Comme le note le rapport de juin 2005 de la commission des comptes de la sécurité sociale, le retour à une situation positive de l'ACOSS au 31 décembre 2004 n'est dû qu'à la reprise de la dette par la CADES.

– Le répit procuré par la CADES

En effet, conformément à l'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la CADES a repris en quatre fois (1^{er} septembre, 11 octobre, 9 novembre et 9 décembre 2004), les déficits cumulés de l'assurance maladie, exercice 2004 compris. Ces dettes étaient évaluées à 35 milliards d'euros et leur paiement grevait considérablement les frais financiers de l'ACOSS. Sans cette reprise, le solde de trésorerie de l'ACOSS aurait atteint - 31,6 milliards d'euros à la fin 2004.

Il faut souligner que le total des déficits de l'assurance maladie ayant été moins élevé que prévu, la reprise de la dette d'un montant de 15 milliards d'euros au titre de l'exercice 2004 a été au-delà des besoins, qui ont finalement atteint 33,31 milliards d'euros. En partie en raison de ce phénomène, le solde de l'ACOSS en fin d'année 2004 était positif à + 3,4 milliards d'euros (contre - 14 milliards d'euros à la fin 2003). Le montant versé en excédent (1,69 milliard d'euros) a fait l'objet d'une régularisation ultérieure (cf. *infra*).

L'ACOSS s'est retrouvée avec un excédent. Elle les a placés, à la demande de ses tutelles, en titres d'Etat à court terme. Ainsi, le taux d'endettement public, au sens des critères du Traité d'Union européenne, a été diminué de 0,16 %, selon l'estimation donnée par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de 2005.

b) Les plafonds d'avance sont-ils devenus un mode de financement permanent ?

Les lois de financement de la sécurité sociale fixent les plafonds d'avance ayant pour objet de couvrir les besoins de trésorerie de l'ACOSS. Reflet de la situation financière dégradée du régime général, le montant de ces plafonds a été significativement augmenté depuis 2002 : de 4,2 milliards d'euros pour 2002 à 33 milliards pour 2004, plafond d'un montant extrêmement haut et reflet des difficultés de financement. Comme le note le rapport de la Cour des comptes, on ne peut que constater que ce recours est en fait devenu « *un mode de financement permanent* », entraînant des frais financiers conséquents alors même que certains déficits revêtent un caractère structurel.

c) L'ACOSS a été conduite à diversifier son financement en 2004

En 2004, l'ampleur du besoin de financement a conduit la Caisse des dépôts et consignations (CDC) à refuser d'assurer la couverture complète du solde négatif de l'ACOSS aux mêmes conditions que les années précédentes et à demander une lettre de confort de l'Etat. Cependant, les tutelles de l'ACOSS (ministère chargé des affaires sociales et ministère chargé des finances) n'ont pas souhaité répondre aux exigences de la CDC.

L'ACOSS a donc été contrainte de compléter les concours de trésorerie mis à sa disposition par la Caisse des dépôts et consignations. Elle a fait appel au marché bancaire, une décision du Premier ministre en date du 29 mars 2004 l'autorisant en ce sens. Aidée par l'Agence France Trésor, l'ACOSS a fait des appels d'offre auprès de banques spécialistes en valeurs du Trésor (SVT) ; l'opération lui a bien permis de trouver les fonds demandés. Il est nécessaire que les tutelles et l'ACOSS fassent le bilan de cette opération de diversification. Selon le rapport 2005 de la Cour des comptes, l'ACOSS estime qu'elle a réalisé un gain d'un million d'euros par rapport au recours à la CDC. Cependant, comme le souligne la Cour des comptes, il faut nuancer ce gain : seule la CDC présente en effet la souplesse nécessaire à la couverture des importantes variations journalières de la situation de trésorerie de l'ACOSS.

B. EN 2005, SI LA BRANCHE MALADIE RÉDUIT SIGNIFICATIVEMENT SON DÉFICIT, LES AUTRES BRANCHES ET LES FONDS SONT DANS LE ROUGE

A titre liminaire, il convient de rappeler que les chiffres 2005 ne constituent à ce stade que des prévisions. Certes, l'amélioration de la tenue de la comptabilité permet une appréhension de plus en plus rapide de l'évolution des comptes sociaux ; cependant, seul le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, après la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2006, permettra de faire le point sur la réalisation de l'exercice 2005.

Les articles 3, 4, 5 et 7 (cf. *infra*) du présent projet, compris dans le titre II du projet « Dispositions relatives à l'année 2005 » font le point sur les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale en 2005 :

- l'article 3 rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général ;
- l'article 4 rectifie les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (FSV, FFIPSA et CNSA s'agissant de l'année 2005) ;
- l'article 5 rectifie les dotations au FRR et l'objectif d'amortissement de la dette sociale ;

– l'article 7 rectifie les prévisions de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année 2005.

1. L'évolution des ressources 2005 est marquée par l'atonie de la masse salariale et par les nouvelles recettes créées par la loi relative à l'assurance maladie

S'agissant de l'ensemble des régimes, l'année 2005 est marquée par une inversion de tendance entre la croissance des produits (+ 4,9 %) et celle des charges des régimes (+ 4,6 %), notamment en raison des dispositions de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 présentait des prévisions de recettes par catégorie. Dès lors, il est difficile d'établir une continuité entre la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 et les dispositions rectificatives du présent projet, qui propose d'adopter des rectifications de prévisions de recettes par branche, en distinguant régime général et ensemble des régimes. La comparaison doit s'effectuer dans le cadre de l'annexe 4 au présent projet de loi, qui présente les catégories de recettes pour 2004, 2005 et 2006.

L'article 14 de loi de financement de la sécurité sociale prévoyait pour 2005 un total de recettes prévisionnelles de 350,5 milliards d'euros. La rectification proposée par l'article 3 du présent projet conduit à fixer une prévision de recettes de l'ordre de 349,2 milliards d'euros. La rectification est donc d'ampleur marginale.

a) La masse salariale a augmenté moins que prévu en 2005

Le rapporteur se réjouit de la diminution du chômage amorcée en 2005. Cependant, si cette évolution a sans doute un impact, quoique limité, sur les comptes des organismes indemnisant le chômage et sur ceux du FSV, elle n'a qu'un effet marginal et conditionné sur les recettes des régimes de la sécurité sociale. La majeure partie de ces recettes repose en effet sur les cotisations sociales assises sur la masse salariale, elle-même constituée d'une variable « volume » (nombre de salariés) et « valeur » (salaire moyen annuel).

C'est bien l'évolution de la masse salariale qui en quelque sorte « informe » l'évolution des recettes des régimes de base de la sécurité sociale. Or, par rapport aux prévisions initiales du cadrage de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, 0,8 point de croissance de la masse salariale ont manqué : + 3,2 % au lieu des + 4 % prévus. Ce manque se traduit par une moindre progression des recettes de 1,2 milliard d'euros (ce qui représente un montant de 900 millions d'euros pour la branche maladie).

b) L'assurance maladie a perçu des recettes supplémentaires significatives en 2005

Des recettes supplémentaires ont été perçues en 2005 grâce à la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Selon le rapport de septembre 2005 de la commission des comptes de la sécurité sociale, la CNAM a ainsi bénéficié :

- du rendement accru de la CSG (2,2 milliards d'euros) ;
- d'une hausse des droits sur le tabac (1,1 milliard d'euros) ; conformément à l'article 70 de la loi relative à l'assurance maladie, l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a porté la fraction des « droits tabac » qui est affectée à la CNAMTS, de 21,42 à 32,50 % ; en parallèle, l'article 61 de la loi de finances pour 2005 a modifié la répartition des droits tabac entre les différents bénéficiaires ;
- de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (0,8 milliard d'euros).

L'augmentation du produit de la CSG a également été affectée à la CNSA (12 millions d'euros) à la CNAF (15 millions d'euros) et au FSV (9 millions d'euros). L'assiette de la CSG ayant été élargie, les prélèvements sur les revenus d'activité (cotisations, CSG et remboursement d'exonérations) progressent plus vite que la masse salariale en 2005 (environ 3,6 % contre 3,2 %). Les prélèvements sur les revenus du capital connaîtraient une forte augmentation liée pour l'essentiel à la majoration du taux de la CSG applicable au 1^{er} janvier 2005 (+ 0,7 point).

L'annexe 4 au présent projet montre bien la croissance des produits de la branche maladie du régime général : 113,4 milliards d'euros en 2004 et 120,6 milliards d'euros en 2005, soit une progression de 6,34 %.

2. Les soldes prévisionnels de 2005 sont marqués par l'apparition de l'important déficit du régime agricole et la stabilisation du besoin de financement du régime général

Malgré le redressement de la branche assurance maladie, le déficit de l'ensemble des branches du régime général reste en 2005 stationnaire par rapport à 2004, à un niveau de - 11,9 milliards d'euros. En revanche, essentiellement en raison du déficit de la branche agricole, le déficit tous régimes se dégrade et atteint - 12,9 milliards d'euros, contre - 11,5 milliards d'euros en 2004.

A ces déficits dont le niveau reste très préoccupant, il faut ajouter les déficits enregistrés par les organismes concourant au financement des régimes de base (FSV) pour avoir un aperçu de la situation financière de la sécurité sociale dans son ensemble au sens de la loi de financement, soit, selon le rapport de

septembre 2005 de la commission des comptes de la sécurité sociale, un solde négatif de - 15,2 milliards d'euros⁽¹⁾ en 2005.

3. La branche maladie réduit significativement son déficit

a) Le déficit 2005 est réduit et atteint - 8,3 milliards d'euros

Le déficit de la branche assurance maladie (régime général) passe de - 11,6 milliards d'euros en 2004 à - 8,3 milliards d'euros en 2005 (prévision), conformément aux engagements du gouvernement et grâce aux premiers effets de la mise en œuvre de la réforme. Le ministre de la santé et des solidarités M. Xavier Bertrand a ainsi souligné lors de réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale que sans la réforme, le déficit de la branche aurait atteint 16 milliards d'euros.

Il faut également rappeler que le plan de cadrage de la réforme de l'assurance maladie prévoit une augmentation en trois étapes du montant du forfait hospitalier jusqu'en 2007. Le montant du forfait hospitalier a donc bien été augmenté le 1^{er} janvier 2005 et est passé à 14 euros. Il devrait passer à 15 euros en 2006 et enfin 16 euros en 2007. En outre, la prise en charge du déficit de l'assurance maladie par la CADES a représenté une diminution significative des frais financiers pour l'ACOSS, qui les répercute sur chaque branche.

b) L'ONDAM 2005 est respecté : une première depuis 1998

Selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale, l'ONDAM 2005 réalisé devrait se fixer à 134,9 milliards d'euros, représentant ainsi une croissance des dépenses de 3,8 % par rapport à 2004. Ce taux est plus important que celui retenu en loi de financement initiale (+ 3,2 %) mais l'objectif en montant (134,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes) serait respecté, la base des réalisations comptables de 2004 ayant été révisée à la baisse.

Alors même que la fixation de l'ONDAM 2005 avait été considérée par certains comme inadaptée et trop ambitieuse, le respect prévisible de l'ONDAM 2005 est un point très important et même historique, à mettre à l'actif du gouvernement. D'ailleurs, conformément à l'article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le comité d'alerte a donné son premier avis sur la possibilité de tenir l'objectif de l'ONDAM le 31 mai 2005. Il a estimé que le respect de l'objectif était possible. L'objectif fixé pour 2005 était donc aussi crédible que volontariste.

Ce respect de l'ONDAM 2005 masque néanmoins des évolutions contradictoires et d'ampleur comparable. On constate ainsi un dépassement de l'ONDAM hospitalier et une sous-consommation de l'enveloppe « soins de ville » pour un montant voisin d'environ 650 millions d'euros.

(1) La somme de 15,2 milliards d'euros équivaut à environ 100 milliards de francs.

Parmi les points positifs relevés par la CNAMTS, on relève la modération des dépenses liées aux prescriptions d'indemnités journalières de travail (économie sur 2005 de près de 500 millions d'euros) et aux honoraires médicaux. Il s'agit des premiers effets positifs de la maîtrise médicalisée : les Français, patients, assurés et professionnels, commencent à changer leurs comportements. L'explication adaptée de la réforme y a grandement contribué, et le rapporteur souhaite d'ailleurs souligner l'efficacité de la campagne d'information de l'assurance maladie et ses spots radio « *en pratique* ».

Cependant, la relative modération de la croissance des dépenses d'assurance maladie ne peut trouver sa source exclusive dans la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont un grand nombre de dispositions n'ont trouvé application que dans le courant de l'année 2005. L'impact psychologique de l'annonce de la réforme de l'assurance maladie a donc pu jouer un rôle significatif. En ce qui concerne les indemnités journalières, leur baisse s'inscrit dans un cycle amorcé en 2003. Elle s'explique non seulement par les effets de la politique du gouvernement mais aussi par l'évolution démographique (moins de salariés âgés) et par la situation dégradée du marché du travail.

4. La situation des autres branches se dégrade

Toutes les branches des régimes de la sécurité sociale sont dans le rouge, contrebalançant ainsi l'amélioration constatée pour la branche maladie. Cependant, les causes et la nature de la dégradation financière de chaque branche sont différentes.

a) Le déficit de la branche famille est conjoncturel

La branche famille aggrave son déficit : de 400 millions d'euros en 2004 à 1,1 milliard d'euros 2005, en raison du dynamisme plus rapide que prévu de trois catégories de prestations : les aides au logement, les prestations d'action sociale et la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Les aides au logement sont dynamiques en raison d'un marché de l'immobilier tendu et d'un taux de chômage élevé.

b) La branche vieillesse connaît un déséquilibre structurel préoccupant

L'assurance vieillesse voit son déficit se creuser à 2 milliards d'euros. La montée en charge de la mesure permettant les départs anticipés à la retraite contribue fortement au dynamisme des dépenses (les dépenses supplémentaires 2005 sont estimées par le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale à 1 360 millions d'euros).

2005 est la première année de la prise en charge des pensions de retraite des salariés des industries électriques et gazières (IEG), ce qui correspond à deux

points de croissance des dépenses (7,5 % avec retraités IEG contre 5,5 % hors retraités IEG), cette prise en charge ayant une contrepartie en termes de recettes. La CNAVTS a en effet enregistré des produits nouveaux liés à l'adossement au régime général du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG), correspondant au versement de cotisations et au paiement d'une fraction de la soulte. En vertu d'un arrêté du 31 janvier 2005, la CNIEG a versé au FRR une partie de la soulte, soit plus de 3 milliards d'euros. Ce paiement a été effectué de manière fractionnée. Le reste de la soulte est affecté à la CNAVTS : à partir de 2005, la CNIEG verse un montant annuel de 287 millions d'euros¹ à la CNAVTS. Cette somme a été versée à la CNAVTS le 28 février 2005 (alors qu'elle aurait dû être versée avant le 31 janvier 2005).

c) La branche accidents du travail et maladies professionnelles signe sa première convention d'objectifs et de gestion

L'année 2005 est marquée par un léger déficit de - 400 millions d'euros et par la croissance soutenue des pensions d'invalidité et les prestations d'incapacité permanente.

Elle est marquée par la signature de la première COG. La croissance des dépenses liées à indemnisation des dommages liés à l'amiante pèse de plus en plus sur les comptes de la branche : les dotations aux deux fonds amiante représentent 800 millions d'euros en 2005 contre 600 millions d'euros en 2004.

5. Le soulagement procuré par la reprise de la dette sociale en 2004 n'empêche pas une dégradation significative en fin de période de la trésorerie du régime général en 2005

Le solde de la trésorerie de l'ACOSS au 1^{er} janvier 2006 est prévu à - 5,9 milliards d'euros (*cf.* note mensuelle de prévision présentée à la commission financière et statistique de l'ACOSS du 26 septembre 2005). Ce solde était au 1^{er} janvier 2005 de + 3,4 milliards d'euros.

Le différentiel atteint donc - 9,3 milliards d'euros, alors que la variation de trésorerie a atteint + 17,5 milliards d'euros en 2004. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, outre les différences de rythme entre les tirages et les encaissements, cet écart s'explique notamment par les versements tardifs de l'Etat en matière de compensations et la situation dégradée du FSV.

6. Les fonds de financement deviennent des nouveaux foyers de déficit

Jusqu'en 2004, le montant du déficit de la sécurité sociale ne s'écartait pas nécessairement du déficit du régime général. Or, comme le souligne le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, un fait nouveau est l'émergence

¹ Ce montant est affecté d'un certain nombre de paramètres destinés à prendre en compte l'inflation.

de foyers de déficits hors régime général. Si l'on met à part le déficit du régime des mines (- 100 millions d'euros), ces déficits sont essentiellement dus au régime agricole (via le fonds de financement des prestations sociales des exploitants agricoles - FFIPSA) et au fonds de solidarité vieillesse (FSV).

a) Le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) accumule les déficits

La disparition au 1^{er} janvier 2005 du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA), dont les droits et les obligations ont été transmis au Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA), transfère la discussion parlementaire sur la protection sociale des non-salariés agricoles du projet de loi de finances au projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le fonds de financement est en effet devenu en 2005, au sens de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, un « *organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale* ».

A partir de 2005, les recettes du FFIPSA sont, outre une fraction du produit des droits tabac, les cotisations des assujettis, la part de CSG affectée au régime des exploitants agricoles, les participations des autres régimes et les subventions du Fonds spécial d'invalidité et du FSV.

Les prévisions relatives à l'exercice 2005 font apparaître en recettes un montant de 13,702 milliards d'euros et en dépenses un montant de 15,426 milliards d'euros, soit une insuffisance de financement de l'ordre de 1,724 milliard d'euros. Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, une ligne de trésorerie ouverte au Crédit agricole permet de payer les prestations.

b) Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) manque de ressources stables et dynamiques

Selon l'article 4 du présent projet, le déficit 2005 du FSV atteindrait 2 milliards d'euros. La Cour des comptes estime que si rien n'est fait en 2005, le déficit prévisionnel cumulé à la fin de l'année 2005 devrait atteindre 3,6 milliards d'euros.

La raison de ces déficits est la différence entre le dynamisme des charges et des recettes au produit très variable. La progression des dépenses est forte, notamment celles correspondant à la prise en charge des cotisations retraite pour les chômeurs. Cependant, en 2005, l'effet de la revalorisation du SMIC est contrebalancé par l'application des nouvelles règles en matière d'indemnisation.

Pour ce qui concerne les ressources, en baisse de - 6,3 % par rapport à 2004, la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) affectée au FSV est fortement dépendante de facteurs extérieurs. Son montant baissera de manière

importante en 2005 : de 1,3 milliard d'euros en 2004 à 0,4 milliard d'euros (prévision) en 2005. Près d'un quart des dépenses du FSV n'est pas financé.

Il a été décidé d'honorer intégralement la prise en charge des prestations (principalement le minimum vieillesse) mais à faire varier les versements de cotisations chômage. Cela a eu un impact sur les organismes destinataires de ces versements. Les déficits du FSV accroissent donc mécaniquement les créances de la CNAVTS et de la CCMSA au titre des versements de cotisations chômage. Ces deux organismes assurent sur leur trésorerie les dépenses normalement assurées par le FSV.

7. L'endettement de la sécurité sociale constraint fortement la politique à suivre

Compte tenu du montant de la dette sociale et de ses modalités de portage, le rapporteur estime utile de faire un éclairage spécifique sur ce sujet. Il se félicite que la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale permette désormais aux parlementaires de porter une plus grande attention aux conditions d'endettement des régimes de base de la sécurité sociale. Sous l'empire de l'ordonnance organique de 1996, alors même que la dette tendait à devenir un des moyens de financer les dépenses des régimes de la sécurité sociale, aucune disposition ne venait s'inscrire de manière obligatoire dans les lois de financement de la sécurité sociale, ce qui paraît *a posteriori* assez dommageable pour le contrôle démocratique de l'ensemble des finances sociales.

a) Le rôle central de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) dans notre système de financement de la sécurité sociale a été consacré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Selon les documents fournis au rapporteur par le Président du conseil d'administration de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), au 1^{er} septembre dernier, la CADES a repris des dettes pour un montant total de 92,4 milliards d'euros et conformément à la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, il lui reste à reprendre 15 milliards d'euros. La dette amortie s'élève à 26,6 milliards ; la situation nette se monte à - 65,7 milliards d'euros.

A la suite de la dernière reprise de dette (*cf. infra*), le montant total de la reprise des dettes a légèrement dépassé 100 milliards d'euros.

En matière d'endettement, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie trace le chemin, qui est une voie étroite. En effet, son article 76 prévoit la reprise de 15 milliards d'euros sur les années 2005 et 2006, correspondant aux déficits prévisionnels de l'assurance maladie enregistrés ces deux exercices. Cet article précise que ces transferts doivent s'effectuer dans le cadre d'une double limite : d'une part, celle du montant prévisionnel du déficit prévu par la loi de financement de la sécurité sociale de l'année concernée, et

d'autre part d'un montant maximum de 15 milliards d'euros pour l'ensemble de ces deux années.

Or, le montant des déficits de la branche maladie a été légèrement surestimé par rapport aux prévisions données lors de la discussion de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Les montants cumulés de déficits au 31 décembre 2004 ont atteint 33,31 milliards d'euros au lieu des 35 milliards d'euros initialement prévus.

Le rapport figurant en annexe 1 indique qu'une « *régularisation* » d'un montant de 1,69 milliard d'euros sera opérée lors de la reprise par la CADES du déficit de l'année 2005. Le décret n° 2005-1255 du 5 octobre 2005 fixant les modalités de la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale du déficit prévisionnel de la branche maladie du régime général pour l'exercice 2005 (JO du 6 octobre 2005) a transféré de l'ACOSS à la CADES un montant de dettes de 6,61 milliards d'euros, alors même que le déficit prévisionnel de la branche maladie du régime général se monte à 8,3 milliards d'euros. Cette somme a été versée le 7 octobre 2005.

Par l'intermédiaire de la CADES, les déficits de la sécurité sociale sont refinancés dans le monde entier, à titre d'exemple par Abu Dhabi, le fonds de réserve pétrolier du Royaume de Norvège ou par la banque centrale de Chine. La CADES est l'un des émetteurs publics les plus importants en Europe, à égalité avec l'Espagne. L'échéance des « papiers » les plus longs atteint 2020.

b) Le terme de l'extinction de la mission de la CADES dépend de nombreux paramètres

– Le montant total de la dette et le montant des taux d'intérêt sont des variables majeures

• *Le montant total de la dette sociale*

Un des paramètres principaux est le montant de la dette reprise. La décision du Conseil constitutionnel n° 2005-519 DC relative à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale a bien confirmé le caractère organique de l'article 20 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, qui interdit de faire porter par la CADES de nouvelles dettes sans lui transférer des recettes correspondantes. Sauf à modifier la loi organique, la loi ne pourra donc plus transférer de nouvelles dettes à la CADES sans augmenter les ressources perçues au titre de la CRDS ou créer une nouvelle ressource. Le rapporteur se félicite de cette disposition, qui trouve son origine dans un amendement parlementaire au projet de loi organique.

• *Le montant des taux d'intérêt*

Le rapporteur souligne que l'endettement de la sécurité sociale reste aujourd'hui soutenable en raison du niveau historiquement bas des taux d'intérêts.

Le bas niveau des taux facilite le recours aux marchés financiers et baisse le coût du refinancement. La direction de la CADES a élaboré des scénarios où la variation du niveau des taux d'intérêt influe fortement sur la date d'extinction des missions de la CADES.

- Le montant des ressources affectées au remboursement de la dette sociale joue également un rôle important

Pour donner un ordre de grandeur, les ressources annuelles au titre de la perception de la CRDS se montent à environ 5 milliards d'euros. L'évolution du produit de la CRDS est en partie fonction de la croissance économique. D'autres facteurs jouent un rôle.

A titre d'exemple, comme le relève un document élaboré par la CADES et transmis au rapporteur, l'article premier de la loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 pour la confiance et la modernisation de l'économie pourrait conduire à réduire les recettes de la CADES : « *l'impact de cette loi sur le prélèvement social sur les contrats d'assurance-vie devrait se traduire au moins à court terme par une baisse de recettes dans les comptes de la CADES sous le double effet du report du prélèvement social au dénouement du contrat et d'un accroissement des contrats exonérés du fait du décès du souscripteur.* » La CADES précise plus loin que la mesure a été votée sans avoir été chiffrée.

Sans se prononcer sur les motivations de cette décision, le rapporteur ne peut que rappeler que toute diminution du montant des ressources perçues par la CADES prolonge de manière automatique le processus d'amortissement de la dette sociale. Il convient donc d'être très vigilant.

III.- LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT POUR 2006 PREND LA MESURE DE LA SITUATION DÉGRADÉE DES FINANCES SOCIALES ET DESSINE LA VOIE DU REDRESSEMENT

Compte tenu de l'état dégradé des finances sociales en 2004 et 2005, dans un contexte de croissance économique modérée, le présent projet de loi de financement pour 2006 est un projet volontariste, animé par l'esprit de réforme et soutenu par un grand courage politique. Pour 2006, la poursuite de la réforme de l'assurance maladie et les mesures de rééquilibrage prises pour les branches accidents du travail et vieillesse permettent d'envisager de réduire le déficit du régime général à - 8,9 milliards d'euros, contre - 11,9 milliards d'euros en 2005. La branche maladie contribuera le plus significativement à ce redressement, son déficit passant de - 8,3 milliards d'euros en 2005 à - 6,1 milliards d'euros en 2006, soit une réduction significative du déficit de l'ordre d'un quart. En revanche, l'effort de redressement n'affecte guère les deux organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, le FSV et surtout le FFIPSA, ce dernier régime présentant cependant la particularité de pouvoir être affectataire d'une subvention de l'Etat.

Le déficit total pour 2006 de la sécurité sociale au sens de la loi de financement devrait se monter à - 11,6 milliards d'euros⁽¹⁾, contre - 14,4 milliards d'euros dans la prévision 2006 de la commission des comptes de la sécurité sociale et - 15,2 milliards d'euros pour 2005.

Conformément à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'architecture du présent projet concernant l'année à venir (2006) est la suivante :

- les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes et du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base sont respectivement approuvées aux articles 18 et 19 ;
- le tableau d'équilibre 2006 de l'ensemble des régimes de base est approuvé à l'article 20 ;
- le tableau d'équilibre 2006 par branche du régime général est approuvé à l'article 21 ;
- le tableau d'équilibre 2006 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base est approuvé à l'article 22 ;
- l'article 23 fixe les dotations au FRR et l'amortissement annuel de la dette sociale en 2006 ;

(1) *Addition des soldes prévisionnels de l'ensemble des régimes à - 10,1 milliards d'euros et du FSV à - 1,5 milliards d'euros*

– les articles 42, 48, 51 et 56 fixent respectivement les objectifs de dépenses des branches maladie, vieillesse, AT-MP et famille ;

– l'article 58 fixe les charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

La prévision de la situation financière des régimes de base pour 2006 (A) précèdera des développements sur les fonds de financement (B), les relations entre l'Etat et la sécurité sociale (C) et enfin une réflexion sur la nécessité d'ouvrir de nouvelles pistes en matière de financement de la sécurité sociale (D).

A. 2006 SERA L'ANNÉE D'UN REDRESSEMENT VIGOUREUX DES COMPTES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, l'objectif est de passer d'un montant de déficit de - 12,9 milliards d'euros (prévision 2005) à - 10,2 milliards d'euros, soit une réduction du déficit d'environ un cinquième de son montant.

1. Le cadrage macro-économique détermine en partie le niveau des recettes prévues en 2006

a) Le cadrage macro-économique est désormais inscrit dans un cadre quadriannuel approuvé par le Parlement

Conformément à la loi organique, le projet propose d'approver dans un rapport joint en annexe B des perspectives quadriennales en matière de financement de la sécurité sociale. Ce document est très intéressant car il trace des perspectives. L'expérience des dernières années montre cependant comment l'art de la prévision est difficile en matière de finances sociales. Une prévision fiable sur un an est parfois difficile à élaborer ; dès lors, les prévisions sur quatre ans doivent être appréciées avec prudence. Ces prévisions sont en outre établies en l'absence de mesures nouvelles et donc n'intègrent pas les éventuelles mesures de redressement que le gouvernement pourrait être amené à proposer.

Le scénario macro-économique retenu qui sert de cadre au projet de loi de finances pour 2006 a été présenté dans le rapport économique, social et financier. Ce scénario table sur une croissance du PIB de 1,75 % en 2005 et 2,25 % en 2006. La progression de la masse salariale, qui est déterminante pour les recettes de la sécurité sociale, continuerait de s'accélérer progressivement. Sur le champ du régime général, elle a été de 2,8 % en 2004 et de 3,2 % en 2005. Elle est estimée à 3,7 % en 2006 (champ du régime général). La hausse moyenne des prix hors tabac serait de 1,8 % pour 2006. Sous ces hypothèses, la revalorisation des pensions et de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) serait de 1,8 % au 1^{er} janvier 2006.

Selon les calculs effectués par la commission des comptes de la sécurité sociale, un point de croissance de la masse salariale aurait un impact positif sur le régime général de 1,630 milliard d'euros.

b) Les prévisions de recettes 2006 de l'ensemble des régimes de base s'élèvent à 363,5 milliards d'euros

L'article 18 du présent projet fait le point sur les prévisions de recettes par branche pour 2006 de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Un état figurant à l'annexe C jointe au projet donne les prévisions de recettes par catégories des régimes de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes. En outre, l'annexe 4 au projet de loi donne des informations sur les recettes 2004, 2005 et 2006.

Le montant total des prévisions de recettes qu'il est proposé d'approuver dans le cadre de l'article 18 est prévu à 363,5 milliards d'euros (dont 263,7 milliards d'euros pour le seul régime général), ce qui est cohérent avec les chiffres donnés dans l'annexe C et l'annexe 4. Hors mesures du présent projet, la hausse des produits du régime général atteindrait 3,3 %, soit moins vite qu'en 2005 et 2004. La croissance soutenue des prélèvements sur les revenus d'activité (+ 3,7 %) serait contrebalancée par une légère baisse des produits issus des prélèvements sur les revenus du capital due à la suppression de l'avoir fiscal (la commission des comptes de la sécurité sociale estime la moins-value de recettes sur 2006 à 550 millions d'euros pour l'ensemble de la sécurité sociale).

Comme en 2005, la forte croissance des exonérations de cotisations sociales tend à déformer le financement des régimes et en particulier du régime général : les cotisations versées par les entreprises progressent moins vite que la masse salariale, alors que la part des transferts de l'Etat s'accroît. Les remboursements d'exonérations de cotisations par l'Etat au régime général augmenteraient de 6,2 % en 2005 et de 9,1 % en 2006 (avant prise en compte de la loi de financement pour 2006).

Pour toutes les branches, de nouvelles recettes sont prévues en 2006 :

– l'accroissement du taux de la cotisation d'assurance vieillesse : effectuée par voie réglementaire, cette majoration de 0,2 point au 1^{er} janvier 2006 représente 880 millions d'euros de ressources supplémentaires pour le régime général ;

– l'accroissement de la cotisation d'accidents du travail – maladies professionnelles (par voie réglementaire) de 0,1 %, pour un montant prévisionnel de 400 millions d'euros ;

– les nouvelles modalités d'assujettissement des prélèvements sociaux effectués sur les plans d'épargne logement (PEL) (700 millions d'euros) ;

– l'article 15 intègre des médicaments inscrits sur la « liste rétrocession » dans la clause de sauvegarde et aménage des taxes sur les laboratoires pharmaceutiques pour un montant estimé à 640 millions d'euros ;

– l'article 11 prévoit la suppression de l'abattement pour les salariés à temps partiel de cotisations patronales, pour des recettes estimées à 100 millions d'euros pour le régime général ;

– l'article 16 élargit l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) au secteur public pour des recettes supplémentaires de l'ordre de 15 millions d'euros pour le régime général ;

– l'article 12 aménage les conditions des prélèvements sociaux sur des indemnités de rupture du contrat de travail.

c) La répartition du produit tiré des droits tabacs connaît des modifications en 2006

Pour 2006, les droits sur les tabacs devraient s'élever à 9,450 milliards d'euros, dont 8,049 milliards d'euros au profit des organismes de sécurité sociale. Cette évaluation repose sur une stabilité des prix et de la consommation de cigarettes, et intègre une hausse des prix des scaferlatis et des cigares comparable à celle de 2005.

S'agissant des mesures modifiant la répartition du droit de consommation sur les tabacs, une fraction égale à 1,48 % des sommes perçues au titre du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts antérieurement affectée à l'Etat, est affectée à compter du 1^{er} janvier 2006 à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), en compensation des pertes de recettes supportées par le Fonds national d'aide au logement (FNAL) mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation, en application de l'article 2 de l'ordonnance n°2005-895 du 2 août 2005 relevant certains seuils de prélèvements obligatoires. Cette affectation du droit de consommation sur les tabacs au FNAL est de l'ordre de 140 millions d'euros en 2006.

La répartition des produits des droits tabac en 2006 donne lieu à un dispositif assez complexe. En effet, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales prévoit le transfert des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de l'assurance maladie aux régions à compter du 1^{er} juillet 2005. Les dépenses correspondantes sont compensées par l'Etat aux régions, selon les règles de droit commun, ce qui représente 178 millions d'euros en 2006.

Pour que l'opération soit neutre pour l'Etat, les régions et la caisse nationale d'assurance maladie, une fraction des droits tabacs, soit 1,88 % antérieurement perçue par la CNAMETS est affectée, en contrepartie, au fonds de financement de la protection maladie complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. La subvention de l'Etat au fonds est réduite à due concurrence

au sein du programme du budget général n°183 « *Protection maladie* », relevant de la mission « *Solidarité et intégration* ». Les clefs de répartition du droit de consommation sur les tabacs antérieurement fixées par l'article 61 de la loi de finances initiale pour 2005, s'en trouvent également modifiées, comme le montre le tableau suivant, reprenant les dispositions de la loi de finances pour 2005 et du PLF 2006 (III de l'article 42).

Ventilation du produit des droits tabac en 2005 et 2006

	2005	2006
FFIPSA	52,36 %	52,36 %
CNAMTS	32,50 %	32,46 %
ETAT	14,83 %	11,51 %
FCAATA	0,31 %	0,31 %
Fonds CMU-C	—	1,88 %
FNAL	—	1,48 %

Par ailleurs, compte tenu de la disparition du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) en 2005, la part du droit de consommation sur les tabacs qui lui était affectée précédemment est transférée au fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA).

2. En 2006, le déficit de l'assurance maladie du régime général continue à se réduire fortement

L'objectif du gouvernement, présenté à l'article 20 du présent projet, est de réduire le déficit du régime général en 2006 à - 8,9 milliards d'euros, principalement grâce à la réduction du déficit de la branche maladie.

Sans les mesures présentées dans ce présent projet, la « tendance » du déficit du régime général aurait été de - 11,5 milliards d'euros (donnée issue de la commission des comptes de la sécurité sociale⁽¹⁾).

En 2006, comme en 2005, les quatre branches du régime général sont en déficit. Cependant, la situation financière des différentes branches est contrastée. Pour l'analyse détaillée de celle correspondant à chacune d'entre elles, on se reportera utilement au tome correspondant du présent rapport. On ne reviendra ici que sur les traits essentiels.

(1) *Le compte de la commission des comptes de la sécurité sociale pour 2006 est un compte « hybride », qui intègre l'ONDAM 2006 proposé par le gouvernement (et les mesures de maîtrise des dépenses correspondantes) mais pas les autres mesures proposées dans le présent projet de loi*

a) La branche maladie présente un déficit réduit à - 6,1 milliards d'euros

Le solde prévisionnel de la branche maladie du régime général atteindrait - 6,1 milliards d'euros en 2006, soit une diminution de l'ordre d'un quart du résultat de 2005. Le déficit de la branche maladie représente près de 70 % du déficit du régime général, soit une proportion égale à l'année 2005.

Par rapport aux prévisions de masse salariale retenues lors de l'élaboration du plan de redressement instauré par la loi du 13 août 2004, la branche enregistre une perte de recettes de l'ordre de 900 millions d'euros. Du côté des dépenses, un des leviers de ce bon résultat sera le respect de l'ONDAM 2006. Cet ONDAM 2006 est proposé à 138,5 milliards d'euros à champ constant 2005, soit une progression de 2,7 % (140,7 milliards d'euros et + 2,5 % sur son champ nouveau).

L'augmentation des recettes décrite plus haut, qui bénéficie principalement à la branche maladie (*cf. supra*), comme la poursuite des réformes structurelles permettra d'aboutir à ce résultat positif.

L'assurance maladie exige de maintenir le cap exigeant de la réforme si l'on veut maintenir le plan de cadrage du redressement de la branche maladie à l'horizon 2007. A cet effet, le projet de loi de financement de la sécurité sociale est accompagné d'une série de mesures (présentées ou non dans le cadre du présent projet) visant à poursuivre la réforme de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Il s'agit en particulier d'un « plan médicament » marqué par la promotion des médicaments génériques et un ensemble de baisse des prix. Le présent projet propose d'augmenter le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires (*cf. infra*, article 15) et d'intégrer au dispositif de la clause de sauvegarde les médicaments rétrocédés. En 2006 est également prévue la poursuite de la maîtrise médicalisée dans le fil de la convention 2005, toutes les économies prévues par cette convention pour l'année 2005 n'ayant pas été au rendez-vous (*cf. rapport de M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail*).

En particulier, le projet propose de supprimer l'exonération du ticket modérateur de 20 % sur les actes supérieurs à « K 50 », avec une limite de 18 euros. Le rapporteur estime qu'il s'agit d'une mesure juste et nécessaire, très largement finançable par les organismes complémentaires et qui permettra d'ailleurs de mettre fin à des effets de seuil insupportables. Il relève que cette mesure fait l'objet d'un plafonnement.

L'application totale de la loi relative à l'assurance maladie doit être achevée en 2006. A ce titre, le rapporteur voudrait souligner les effets néfastes du retard pris dans l'élaboration du cahier des charges du « contrat responsable ». De la même manière, le rapporteur souhaite que soit rapidement mis en place l'institut des données de santé. Enfin, le conseil de l'hospitalisation devrait trouver sa

vitesse de croisière ; il conviendra d'appliquer correctement la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (comme le relève le rapport de la Cour des comptes de septembre, alors même que la recommandation du conseil n'a pas été suivie, le gouvernement n'a pas motivé la décision prise).

b) Le déficit de la branche vieillesse est porté à - 1,4 milliard d'euros

La fin de la montée en charge du dispositif de départ à la retraite anticipée permet de ralentir la progression des charges de la branche, ce qui, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, amoindrit sensiblement le choc démographique initialement attendu en 2006. Les effets de ce choc ont été en fait anticipés de deux ans.

La croissance des prestations se ralentit par rapport à 2005, notamment parce que la prise en charge des assurés des IEG est désormais intégrée à la base de référence. La croissance des charges pour 2006 devrait atteindre 2 %. L'année 2006 est marquée par les effets de l'augmentation des recettes liées à l'accroissement du taux de la cotisation vieillesse.

c) La branche famille enregistre un déficit de - 1,2 milliard d'euros

La branche est en déficit depuis 2004. En 2006, la progression des charges de la branche famille, telle qu'elle est présentée par le présent projet, ralentit significativement (+ 1,57 % en 2006 contre 4,52 % en 2005). L'évolution plus favorable de la masse salariale et le rebond des cotisations des non-salariés, dû à un changement dans le calendrier des recouvrements des cotisations, permettent de légèrement augmenter les produits et de stabiliser le déficit 2006 à - 1,2 milliard d'euros.

d) La branche accidents du travail – maladies professionnelles voit ses recettes augmentées en 2006

L'évolution 2006 de la branche est marquée par l'augmentation des recettes qu'entraîne l'augmentation du taux de 0,1 % de la cotisation accidents du travail – maladies professionnelles, ce qui conduira à un déficit prévisionnel de l'ordre de 200 millions d'euros.

e) Le financement de la prise en charge de la dépendance est modernisé en 2006

Le financement de la dépendance, qu'il s'agisse des personnes âgées et handicapées, s'il relève bien de la protection sociale en général, ne correspond pas à une branche de la sécurité sociale. En revanche, certains crédits des branches de la sécurité sociale financent la prise en charge de cette dépendance. Ce financement a été considérablement modifié avec la création de la journée de solidarité et de la CNSA.

2006 sera la première année de plein exercice de la Caisse nationale de la solidarité, qui disparaît du champ des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base mais dont les comptes prévisionnels sont présentés dans l'annexe 8 jointe au présent projet. 2006 verra également la création de la prestation compensatoire du handicap et l'installation des maisons départementales des personnes handicapées.

Comme l'indique le dossier de presse du projet, les crédits consacrés au secteur des personnes âgées (ONDAM et crédits CNSA) seront en augmentation de 13,4 % en 2006. L'article 31 du présent projet (*cf.* rapport de M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail) prévoit l'élaboration d'un référentiel pour distinguer le financement de la prise en charge des patients en unités de soins de longue durée entre la CNSA et l'assurance maladie. Le rapporteur salue ce premier élément de clarification.

B. QUEL EST L'AVENIR DES FONDS DE FINANCEMENT ?

L'article 19 propose d'adopter les prévisions de recettes des organismes concourant en 2006 au financement des régimes obligatoires de base (FSV et FFIPSA), ces recettes étant classées par catégories dans un état figurant à l'annexe 3 au projet de loi. L'article 22 propose d'adopter le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base pour 2006.

Les déficits des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base (FSV et FFIPSA), de nature structurelle, exigent des solutions d'ampleur. Que faire des stocks de dettes accumulées ? Une fois résolu ce problème, comment parvenir à un équilibre structurel entre les recettes et les dépenses de ces organismes ?

La question essentiellement politique posée par ces organismes est de savoir quelles doivent être, dans le nécessaire retour à l'équilibre de ces fonds, les parts respectives de l'action de l'Etat, des mécanismes de solidarité interprofessionnels et interrégimes et le cas échéant la part d'effort à imposer aux bénéficiaires de ces deux régimes.

a) Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) connaît en 2006 un déficit qui devient structurel

- Un déficit 2006 en légère diminution*

Selon l'article 24 du présent projet, le déficit 2006 du FSV devrait atteindre - 1,5 milliard d'euros, en légère diminution par rapport au chiffre 2005 (- 2 milliards d'euros). En effet, les charges devraient rester stables en raison de la baisse de la prise en charge des cotisations des chômeurs (le nombre de chômeurs

diminuant et la moindre revalorisation du SMIC horaire ayant un effet modérateur certain). En raison du faible montant attribué du produit de la C3S, les recettes resteraient en deçà de leur niveau de 2004. Un certain nombre de mesures du présent projet ont un impact sur les recettes et les dépenses du FSV en 2006 :

- la réforme du transfert des compléments de retraite (+ 50 millions d'euros, montant appelé à augmenter) ;
- la mesure relative aux prélèvements sociaux sur les PEL (+ 150 millions d'euros, uniquement pour 2006) ;
- l'élargissement des organismes assujettis à la C3S (+ 56 millions d'euros).

En revanche, la hausse des cotisations vieillesse (+ 0,2 %) aura un effet inflationniste sur les dépenses du FSV (+ 90 millions d'euros) au titre de la prise en charge des cotisations vieillesse des demandeurs d'emploi.

• *Un niveau de soldes cumulés préoccupant*

Le solde cumulé à la fin de l'année 2005 pourrait atteindre – 3,6 milliards d'euros (donnée issue du rapport 2005 de la Cour des comptes) ; l'article 24 du présent projet prévoyant un déficit de - 1,5 milliard d'euros en 2006, le déficit cumulé à la fin de l'année 2006 pourrait atteindre plus de 5 milliards d'euros (- 5,462 milliards d'euros selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale).

Le caractère structurel du déséquilibre du FSV, qui provient de la différence significative entre le rythme de croissance des charges et des produits du fonds, est attesté par le fait qu'une diminution du nombre de chômage n'aurait qu'un impact limité sur les comptes : selon les travaux de la Cour des comptes, la diminution de 300 000 chômeurs sur la période 2004-2008 n'entraînerait une économie limitée à 600 millions d'euros.

Lors de la discussion parlementaire du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, la situation préoccupante du FSV avait déjà fait l'objet de longs débats, sans qu'une solution ne soit adoptée. Or, comme le note le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, le rétablissement de l'équilibre du FSV relève exclusivement de la responsabilité de l'Etat : « *Le FSV est un établissement public administratif de l'Etat dont, conformément à l'article L. 135-3 [du code de la sécurité sociale], « les recettes et les dépenses doivent être équilibrées dans les conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale. » Depuis 2002, cette règle n'est plus respectée en dépit des nombreuses alertes faites par le président du conseil d'administration auprès des autorités de tutelle. »* »

Les magistrats de la Cour des comptes soulignent en outre que « *Les tutelles, pour justifier l'absence dans les dernières lois de financement de la*

sécurité sociale de mesures permettant de remédier à cette dégradation, se fondent sur une interprétation de l'article L. 135-3 selon laquelle le FSV peut afficher un résultat déficitaire dès lors que le Parlement est correctement informé des modalités de son équilibre financier. La Cour estime que cette interprétation est erronée, dès lors qu'aucune ressource de trésorerie ne figure dans la liste limitative des ressources du FSV que fixe l'article L. 135-3. La Cour estime que le texte de la loi ne permet pas une telle interprétation et, en tout état de cause, n'autorise pas le cumul de déficits récurrents, qui plus est croissants. »

Les déficits du FSV doivent donc rapidement trouver une solution, cette nécessité politique revêtant également un caractère juridiquement obligatoire.

• *Quelles solutions ?*

Le rapporteur n'ignore cependant pas l'extrême difficulté que représente la réforme du FSV.

Un des problèmes posés par le FSV est de trouver des pistes de financement qui ne conduisent pas à détériorer la situation des autres branches de la sécurité sociale. A ce titre, la solution de l'intégration financière totale du FSV à la branche vieillesse permettrait de disposer d'une vue d'ensemble plus sincère de l'équilibre de la branche vieillesse mais ne constitue pas une solution au problème. Compte tenu des modalités de portage des déficits du FSV, ce sont les régimes bénéficiaires (caisse centrale de la MSA et CNV) qui subissent aujourd'hui les conséquences de plus en plus lourdes de ces déficits. En outre, la situation du FRR, bénéficiaire des excédents éventuels du FSV, ne voit pas sa situation améliorée en raison du montant de ces déficits.

Compte tenu du caractère structurel du déficit, et après avoir écarté la suggestion d'un transfert des dettes cumulées du FSV à la CADES qui exigerait, conformément à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'augmentation à due concurrence des ressources de la caisse, le rapporteur demande *a minima* l'exploration et la budgétisation rapide des pistes avancées par la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2005 :

– la modification du calcul des cotisations afférentes aux périodes de chômage, les travaux de la Cour des comptes montrant que les versements sont en effet supérieurs au coût actuel de la validation de ces périodes pour le calcul des pensions ;

– l'imposition des majorations de pensions pour enfants, cette solution présentant l'inconvénient de créer un nouveau « tuyau » du budget de l'Etat à la sécurité sociale ;

– la forfaitisation des majorations de pensions.

Ces pistes, qui permettraient à tout le moins de trouver des pistes permettant de réduire le déficit, ne représentent pas une solution d'ensemble.

b) La situation du Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA) en 2006, marquée par un déficit de - 1,7 milliard d'euros, exige aussi des mesures vigoureuses de redressement

Les prévisions relatives à l'exercice 2006 et présentées à l'article 22 du présent projet font apparaître en prévisions de recettes un montant de 13 850,74 millions d'euros et en objectifs de dépenses un montant de 15 599,28 millions d'euros, soit un déséquilibre de l'ordre de 1 748,5 millions d'euros. Il s'agit là des chiffres de l'exercice 2006, qui ne prennent pas en compte les soldes cumulés des années précédentes.

La lecture du rapport rédigé par une mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale de l'agriculture sur le financement du régime de protection sociale des non-salariés agricoles montre que le déficit du régime résulte de la conjonction :

- du remplacement des recettes issues de la TVA par une partie des droits tabacs, recettes qui se sont révélées peu dynamique en raison de la politique de lutte contre le tabagisme ;
- de la suppression de la subvention d'équilibre et de l'abondement de la C3S ;
- de l'abandon du mécanisme de « *cavalerie budgétaire* » (sic) utilisé depuis 2001 sur la dotation globale hospitalière.

Le rapport montre que le déficit est structurel (il se situera en 2014 entre 2,1 et 3,1 milliards d'euros), le déficit de la section vieillesse se stabilisant alors que celui de la section maladie continuerait à se dégrader. Il montre que, même si, le cas échéant, une hausse éventuelle des prélèvements sur les agriculteurs était justifiée puis décidée (et il semble que les comparaisons interrégimes ne permettent pas de motiver une telle hausse), elle serait de toutes les manières insuffisante à couvrir les besoins.

La mission a examiné trois scénarios pour l'avenir de la branche maladie :

- le besoin de financement est pris en charge par l'Etat, dans la continuité du BAPSA, où la solidarité interprofessionnelle (transfert de compensation) insuffisante est suppléeée par l'Etat ;
- l'intégration financière de la section maladie au régime général ; ce scénario se fonde sur l'universalisation du risque maladie ; cette idée séduisante dans son principe, devrait alors s'inscrire dans un processus plus large prenant en compte les branches maladie de tous les régimes ; il déplacerait cependant le problème sur une base plus large ;

– la solidarité interprofessionnelle est renforcée par un changement des mécanismes de compensation, ce qui nécessiterait de convaincre les régimes débiteurs de cette nécessité.

c) *Le Fonds de réserve des retraites (FRR) va-t-il rester un « fonds sans fonds » ?*

La problématique du FRR renvoie aux transferts intergénérationnels auxquels procèdent les branches de la sécurité sociale. En effet, sa création par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 vise à permettre au système des retraites par répartition de franchir le passage difficile des années 2020 en constituant des provisions. Les motivations et les conditions de la création de cet établissement public ont rencontré un certain consensus parmi les partenaires sociaux.

Or, depuis quelques années, le FRR ne perçoit que des dotations d'un montant marginal, notamment en raison de la dégradation de la situation financière de la CNAVTS et du FSV, organismes supposés lui transférer leurs éventuels excédents. C'est le prélèvement social de 2 % qui constitue la seule recette dynamique du fonds.

***Montant annuel des ressources nouvelles affectées au FRR
(hors effet de l'adossement des IEG)***

<i>(En milliards d'euros)</i>	
2002	5,5
2003	3,3
2004	2,2
2005	1,2
2006 (prévisions)	1,4

En 2005, aucune affectation résultant du produit des privatisations ne sera affectée au FRR et le présent projet, dans son article consacré aux recettes par catégories du FRR pour 2006, ne prévoit aucune recette de ce type. Or, seules des recettes de privatisation sont assez élevées pour permettre au FRR de respecter son plan de charge initial.

Sans l'apport de lissage du FRR, les réformes à entreprendre pour permettre les transitions démographiques à venir seront à moyen terme très dures. Il importe de ne pas laisser ce fardeau aux générations futures, déjà fragilisées par la création de la CADES, et essayer d'alimenter aujourd'hui les provisions de ce fonds. A titre de rappel, selon les prévisions les plus favorables du conseil d'orientation sur les retraites (COR), le déficit de la CNAV passera entre 2020 et 2030 de - 4,3 milliards d'euros à - 20 milliards d'euros...

Le rapporteur formule donc le vœu qu'une partie du produit des privatisations soit affectée au FRR ou que ses recettes récurrentes soient

significativement augmentées. Sinon, peu à peu, il est tout à craindre que cette institution perde fortement en crédibilité. Un jour, le faible montant de ses réserves deviendra un prétexte pour le supprimer et affecter ses ressources à des besoins de court terme ne correspondant pas du tout à sa vocation initiale.

C. LA CLARIFICATION DES RELATIONS ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ SOCIALE EXIGE DES EFFORTS SUPPLÉMENTAIRES

Les relations entre l'Etat et la sécurité sociale empruntent de multiples canaux. Cependant, ce sont le niveau et les modalités de la compensation des exonérations de cotisations sociales et plus généralement des réductions de ressources de la sécurité sociale décidées par l'Etat qui sont la source des contentieux les plus aigus, comme l'a d'ailleurs montré la discussion au parlement du projet de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

La fixation dans la loi organique du principe de compensation, après avoir été longuement discutée, a finalement été repoussée. La nouveauté de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est l'état figurant en annexe 5 au projet de loi et présentant les mesures d'exonération de cotisations et de réduction des contributions ainsi que leur compensation. Cette annexe 5 détermine également le montant des dettes cumulées de l'Etat vis-à-vis des régimes de la sécurité sociale.

1. Les exonérations de cotisations sociales ont un impact fort sur la structure du financement des régimes de la sécurité sociale

En 2005 et 2006, les dépenses liées aux exonérations de cotisations sociales, liée à la montée en charge de l'allégement unique et à la multiplication des dispositifs d'exonération en faveur de publics particuliers augmentent et déforment la structure de financement du régime général : les cotisations versées par les entreprises progressent moins vite que la masse salariale, alors que la part des transferts de l'Etat s'accroît. Selon le rapport de septembre 2005 de la commission des comptes de la sécurité sociale, les remboursements d'exonérations de cotisations par l'Etat au régime général augmenteraient de 6,2 % en 2005 et de 9,1 % en 2006 (avant prise en compte de la loi de financement pour 2006). Selon l'annexe 5, 10 nouvelles exonérations sont entrées en vigueur en 2005 et trois nouvelles exonérations s'appliqueront en janvier 2006 pour promouvoir le développement des emplois familiaux.

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a renforcé la portée du principe de compensation, en prévoyant un principe général de compensation des réductions de ressources de la sécurité sociale, concernant non seulement les réductions et les exonérations de contributions de sécurité sociale mais aussi les réductions et les abattements de l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale.

La loi organique relative aux lois de financement a modifié l'article III-3 du code de la sécurité sociale afin de préciser que seule une loi de financement

peut créer ou modifier une exonération ou une réduction de cotisation non compensée. Cette mesure s'applique aux mesures non compensées en vigueur lors de la promulgation de la loi organique.

2. Le prélèvement sur recettes proposé par le projet de loi de finances pour 2006 financera les allègements généraux de cotisations patronales

Jusqu'à présent, la compensation des allègements généraux était effectuée par dotations sur crédits budgétaires. Or, le projet de loi de finances pour 2006 propose d'affecter un certain nombre de recettes fiscales à la sécurité sociale.

a) Le dispositif proposé concerne un large panel de recettes

L'article 41 du projet de loi de finances pour 2006 propose d'affecter aux régimes de base de la sécurité sociale un certain nombre de recettes. Les dépenses liées aux exonérations de cotisations relatives aux allègements généraux de cotisations sociales seraient donc traitées comme des diminutions de recettes et non comme des dépenses. Il faut souligner que le périmètre des ressources concernées se limite aux allègements généraux et ne concerne donc pas les allègements ciblés et les diminutions d'assiette des ressources affectées à la sécurité sociale. Cette procédure permet au budget de l'Etat de ne pas impacter la norme d'augmentation de dépenses budgétaires.

Cependant, elle pose le problème de la compensation exacte et en temps réel des diminutions de ressources affectées aux régimes de la sécurité sociale. En outre, comme l'indique le dispositif de l'article, la disposition déroge bien aux principes de compensation (article L. 131-7 du code de la sécurité sociale) et de neutralité financière (article L. 139-2 du code de la sécurité sociale). Les recettes fiscales concernées sont :

- une fraction égale à 95 % de la taxe sur les salaires ;
- le droit sur les bières et les boissons non alcoolisées ;
- le droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels ;
- le droit de consommation sur les produits intermédiaires ;
- les droits de consommation sur les alcools ;
- la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire ;
- la taxe sur les primes d'assurance automobile ;
- la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les commerçants en gros des produits pharmaceutiques ;

– et la taxe sur la valeur ajoutée brute collectée par les fournisseurs de tabac.

L'article du projet de loi de finances définit également la liste des caisses et des régimes de sécurité sociale affectataires de ces recettes (dont la CNAMTS, la CNAF et la CNAVTS) ; chaque caisse ou régime perçoit une quote-part des recettes fiscales au prorata de la part relative de chacun dans la perte de recettes en 2006 provoquée par les allègements généraux de cotisations sociales. L'ensemble est centralisé à l'ACOSS.

Pour 2006, l'ensemble des produits des recettes transférées devrait atteindre 18,9 milliards d'euros, correspondant à la compensation des allègements généraux.

b) L'appréciation sur le dispositif doit porter au-delà de 2006

Ce transfert de recettes fiscales présente des différences significatives avec le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) créé sous la précédente législature et destinée à financer les allègements de charges patronales dans le cadre de la réduction du temps de travail. D'abord, le projet ne prévoit pas de personnalité morale, alors que le FOREC était un établissement public administratif, doté d'un conseil d'administration et d'un directeur, le fonctionnement du fonds étant assuré par le fonds de solidarité vieillesse. De plus, l'affectation de recettes à la sécurité sociale concerne des recettes fiscales auparavant affectées à l'Etat, alors que le FOREC avait conduit à détourner des recettes de la sécurité sociale pour financer ces allègements de charges.

Le projet prend quelques précautions pour essayer d'assurer la plus grande neutralité financière possible du dispositif. Il est d'abord prévu un mécanisme de « revoyure » : en cas d'écart constaté sur l'exercice 2006, la plus prochaine loi de finances régularise cet écart. De plus, en cas de modification du dispositif des allègements généraux, le dispositif est ajusté. Le dispositif semble donc sécurisé pour 2006.

Il est proposé que le gouvernement remette au Parlement un rapport en 2008 et 2009 un rapport retraçant pour les exercices pour 2007 et 2008 d'une part le montant des recettes fiscales et d'autre part les montants dus au titre des allègements ; en cas de perte pour les régimes et caisses supérieure à 2 %, le rapport est transmis à une commission présidée par un magistrat et comprenant des parlementaires et des représentants des ministres, commission qui donne « *un avis sur d'éventuelles mesures d'ajustement* ». Cette commission donne également un avis sur les éventuelles mesures d'ajustement prises en cas de modification du champ ou des modalités de calcul des mesures d'allègement général.

Selon les estimations communiquées au rapporteur, la perte de 2 % évoquée correspond à un montant d'environ 400 millions d'euros, ce qui est une

somme importante ; or, le rapporteur ne voit aucune justification de principe à ce que la compensation ne soit pas effective à 100 %, « *à l'euro l'euro* ».

En outre, compte tenu des difficultés qu'a connues le peu regretté FOREC, le rapporteur souligne que les parlementaires devront être très vigilants à ce que la trésorerie des caisses et régimes ne supporte pas l'éventuel décalage dans le temps entre le versement de la quote-part et le non-recouvrement des ressources considérées ; à cette fin, il sera indispensable de prévoir des versements réguliers à l'ACOSS (pas de versement annuel unique, plutôt un versement par quinzaine par exemple). En outre, il semble indispensable de prévoir une information très régulière, par exemple trimestrielle, des membres de la commission sur les flux concernés, afin qu'ils puissent se prononcer en toute connaissance de cause. Enfin, ce dispositif pose le problème du transfert éventuel du recouvrement de certaines recettes transférées de l'Etat, notamment la taxe sur les salaires, au réseau de l'ACOSS.

c) *D'autres problèmes sont liés aux périmètres différents de l'Etat et de la sécurité sociale*

La réponse du ministre chargé de l'économie, des finances, de l'industrie et du ministre délégué au budget et à la réforme de l'Etat aux observations de la Cour des comptes développées dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2005 indique qu'une amélioration est en vue s'agissant des relations entre l'Etat employeur et la sécurité sociale. La nouvelle nomenclature budgétaire d'exécution issue de la LOLF permettra, dès 2006, de bien suivre l'évolution des cotisations de l'Etat employeur.

La différence de tenue de comptabilité entre les organismes sociaux (comptabilité d'exercice) et celle de l'Etat (comptabilité de caisse jusqu'en 2006) a provoqué dans le passé des contentieux sur l'évaluation des sommes à transférer à l'ACOSS au titre de la compensation. Ce contentieux devrait disparaître en 2006 avec le passage de l'Etat à la comptabilité d'exercice.

Le rapporteur note cependant que l'annexe au projet de loi de finances faisant le « Bilan des relations financières entre l'Etat et la protection sociale » présente un tableau intitulé « *Synthèse des dettes et créances de l'Etat évaluées au 31/12/2004* ». Selon ce tableau, les dettes de l'Etat envers les organismes de protection sociale atteignent 529 millions d'euros.

Or, le tableau 5 du 3° de l'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale indique que les dettes de l'Etat vis-à-vis des régimes de la sécurité sociale se montent à 1 286 millions d'euros. Il serait intéressant de savoir si les différences de tenue de comptabilité (comptabilité d'encaissement et comptabilité d'exercice) ou de périmètre (le champ de l'annexe du PLF est plus large) expliquent l'ampleur de ce décalage. En tout état de cause, dans les projets de loi de finances et de financement à venir, ce décalage devra, soit disparaître, soit être correctement explicité et motivé.

D. UNE RÉFLEXION PROSPECTIVE À MENER SUR LE FINANCEMENT À TERME DE LA PROTECTION SOCIALE

Au-delà de l'examen et de la discussion du présent projet, il faut s'interroger sur les modalités du financement de la protection sociale de nos concitoyens, et en particulier sur le financement des dépenses des branches des régimes de base de la sécurité sociale. Cette nécessité de se pencher de manière prospective sur le financement de la sécurité sociale a été d'ailleurs soulignée par les nombreuses personnalités que le rapporteur a souhaité entendre pour préparer l'examen de ce texte.

1. L'impératif de clarté et de lisibilité s'impose

Aujourd'hui, près de 10 ans après les ordonnances de 1996, il faut aller vers plus de clarté et plus de lisibilité. Certes, un financement plus clair n'est pas nécessairement un financement optimal ou suffisant. Ces deux conditions ne sont pas, de toutes les manières, remplies par l'actuel système. Cependant, la simplification répond à une exigence démocratique fondamentale.

L'accroissement de la simplicité et de lisibilité du financement de la sécurité sociale se fera au bénéfice du citoyen-assuré, qui, aujourd'hui, ne comprend plus précisément « *qui fait quoi* », et avec quel argent. Ainsi, qui connaît et comprend les mécanismes implicites de redistribution à l'œuvre à travers les mécanismes de compensation interrégimes ou la création de la CADES ? Cette dilution des responsabilités, qui nuit à l'efficacité de l'action publique, crée des gaspillages et empêche le citoyen d'identifier les responsabilités dans l'état actuel des finances sociales.

Il faut donc aller vers la simplification des structures, et la création du régime social des indépendants (RSI), par exemple, est un premier pas dans cette direction. De la même manière, il faudrait aller vers une simplification des circuits de financement. Certains produits devront un jour, en raison de leur nature, être complètement affectés aux régimes de la sécurité sociale (exemple des droits tabac et alcools). Enfin, l'universalisation du risque maladie, qu'il s'agisse des produits (financement par la CSG) ou des charges de la branche (le risque maladie initialement conçu dans un contexte professionnel salarié, concerne chacun de sa conception jusqu'à sa mort), doit conduire à réfléchir sur le maintien d'une mosaïque de régimes.

2. Comment répondre aux besoins structurels de financement ?

Il ne fait pas de doute que le besoin de financement des régimes de base de la sécurité sociale soit devenu structurel. Le retour éventuel de la croissance ne résoudra pas le problème. Or, comme cela a été confirmé au rapporteur, il manque un cadre formel pour discuter de nouvelles pistes de financement, structure permanente associant parlementaires, représentants de l'Etat, partenaires sociaux et personnalités qualifiées.

Le rapporteur n'ignore pas qu'il existe déjà de nombreuses structures permettant de réfléchir à ce sujet, mais ces structures sont dotées d'une composition qui lui semble inadaptée (Conseil des prélèvements obligatoires) ou disposent d'une compétence trop sectorielle (Conseil d'orientation sur les retraites ou Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie).

Le rapporteur a donc déposé un amendement permettant que la commission des comptes de la sécurité sociale, dont la composition est très large et donc adaptée, puisse constituer en son sein un groupe de travail destiné à réfléchir sur des pistes de réforme. La rédaction proposée laisse toute sa place à la concertation et au pouvoir réglementaire. Elle permet d'éviter la création d'une structure *ad hoc* supplémentaire et elle tient compte des recommandations des magistrats de la Cour des comptes, qui estiment dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2005 que la commission des comptes de la sécurité sociale doit s'orienter vers des missions plus prospectives. Ce groupe de travail serait animé par le secrétaire général de la commission (la commission des comptes de la sécurité sociale est présidée par le ministre) et elle rendrait un rapport au parlement.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITIONS

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

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu **M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes**, sur le rapport de la Cour relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale au cours de sa séance du mercredi 14 septembre 2005.

Le président Jean-Michel Dubernard a souhaité la bienvenue à M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, ainsi qu'à M. Bernard Cieutat, président de la sixième chambre, et à M. Michel Braunstein, conseiller maître, rapporteur général, pour ce huitième rendez-vous entre la Cour et la commission sur le thème de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Le rapport de la Cour constitue la première étape dans la course contre la montre que constitue la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale : cette année, une semaine seulement séparera l'adoption du projet en conseil des ministres de son examen en commission. Les travaux de la Cour, fruit d'une année de travail continu, seront cette année d'autant plus précieux pour les membres de la commission que la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale accroît les prérogatives des parlementaires.

La coopération entre la Cour et la commission s'est par ailleurs renforcée grâce à la création de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), constituée au sein de la commission et coprésidée par MM. Pierre Morange et Jean-Marie Le Guen. Le premier thème retenu, l'organisation et les coûts de gestion des branches de la sécurité sociale, a donné lieu à une fructueuse coopération entre les députés et les membres de la Cour des comptes, particulièrement avec le rapporteur général M. Michel Braunstein, coopération dont la commission souhaite qu'elle se prolonge.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a souligné que la sécurité sociale a été, ces derniers mois, au cœur des préoccupations de l'Assemblée nationale. La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale a été mise en place et va bientôt rendre un premier rapport très attendu sur la gestion des organismes de sécurité sociale, thème que la Cour avait abordé dans son rapport de septembre 2004. En outre, l'Assemblée a longuement débattu de la réforme de la loi organique, promulguée le 2 août 2005, et qui a donné lieu à un dialogue fructueux, dont on ne peut que se féliciter, entre le Parlement et la Cour. Celle-ci présente aujourd'hui à

la commission des affaires culturelles, familiales et sociales son rapport 2005 sur la sécurité sociale.

Les comptes du régime général ont déjà été publiés par la Commission des comptes de la sécurité sociale au printemps 2005. Le déficit courant atteint en 2004 est le plus élevé jamais constaté dans l'histoire de la sécurité sociale : 13,2 milliards d'euros de déficit global, dont 12,3 milliards pour la branche maladie. Ces chiffres peuvent surprendre, car ils sont plus élevés que ceux mentionnés tant par le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale que par les nombreux articles de presse qui s'en sont fait l'écho : respectivement 11,9 et 11,6 milliards. Cette divergence résulte du fait que, comme l'an dernier, la Cour distingue le résultat courant du résultat net, afin d'isoler l'impact du versement exceptionnel de 1,1 milliard fait par la CADES au régime général. Ce versement, qui solde les dettes du FOREC et qui vient réduire l'ampleur du déficit de l'année, ne concerne que les comptes des années 2003 et 2004.

Sur cette base, et pour la première fois depuis longtemps, toutes les branches du régime général sont déficitaires, y compris la branche famille et la branche retraite qui étaient encore excédentaires en 2003. Le ralentissement de la croissance qui affecte les recettes n'explique qu'en partie cette dégradation. Il ne doit pas masquer le fait que celle-ci résulte aussi des décisions prises par les pouvoirs publics. Ainsi, pour la branche famille, les mesures en faveur de la petite enfance ont fortement pesé sur l'évolution des dépenses.

De même, en ce qui concerne la branche retraite du régime général, la possibilité ouverte à certains retraités de faire valoir leurs droits avant 60 ans explique la forte croissance en volume des dépenses. Concernant toujours la branche retraite, le rapport développe deux points qui peuvent, au premier abord, apparaître techniques, mais qui posent des questions de fond, de nature à interpeller aussi bien le Gouvernement que le Parlement, en raison de l'extrême sensibilité des sujets traités.

Le chapitre relatif aux retraites du monde agricole montre que la situation faite aux salariés agricoles n'est pas satisfaisante et que les modalités retenues pour financer les retraites des exploitants agricoles posent problème : en effet, seuls 17 % des charges du fonds de financement des prestations sociales agricoles résultent des cotisations des agriculteurs. Certes, il n'est pas question de remettre en cause la solidarité nationale qui s'exprime en faveur de cette catégorie professionnelle : celle-ci est assurée normalement par la compensation démographique – qui apporte 38 % des ressources –, mais également par une subvention de l'Etat – qui assure 39 % du financement. Mais précisément, l'importance même de ce soutien financier doit conduire à une parité d'effort contributif avec les cotisants des autres régimes, ce qui n'est pas encore le cas. En outre, il y a lieu de lutter contre l'évasion sociale due au fait que de plus en plus d'agriculteurs imposés au réel choisissent de transformer leurs exploitations en

sociétés, ce qui leur permet d'être exonérés d'une partie de leurs cotisations sociales.

Le second chapitre, relatif aux retraites, concerne l'avantage social vieillesse de cinq professions de santé conventionnées : médecins, dentistes, directeurs de laboratoires d'analyse, sages-femmes, auxiliaires médicaux. Il s'agit de régimes de retraite complémentaire financés aux deux tiers par l'assurance maladie. Le constat fait est alarmant, puisque ces régimes sont en situation de banqueroute virtuelle. Ils sont ou seront prochainement en déficit et leurs réserves sont faibles. La Cour n'estime ni opportun ni justifié que cette situation soit prise en charge par l'assurance maladie, c'est-à-dire par les cotisants des autres régimes. Il y aura donc lieu de procéder rapidement à des réformes drastiques dans ce secteur, ce qui exigera des professions de santé des efforts financiers accrus. A cet égard, il faut rappeler que ces régimes ont connu, jusqu'à une date récente, des taux de rendement exorbitants et que l'effort consenti par l'assurance maladie pour la prise en charge partielle des cotisations s'élève à près de 2 milliards d'euros pour la retraite, la protection maladie et les prestations familiales des professionnels de santé.

La situation de la branche retraite et du régime des exploitants agricoles est d'autant plus préoccupante que les fonds qui concourent à leur financement sont eux-mêmes déficitaires. L'Etat n'a pas assuré comme il aurait dû le faire l'équilibre du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) à la fin de 2004, choisissant de transférer le déficit constaté au Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA) qui le remplace à compter du 1^{er} janvier 2005. De même, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui prend en charge des prestations non contributives, a terminé l'année 2004 sur un nouveau déficit qui s'ajoute à ceux des années précédentes. Fin 2004, le déficit cumulé de ces deux fonds était de 4,7 milliards ; il sera de près de 9 milliards fin 2005. Il n'était que de 1,1 milliard en 2003 et a donc été multiplié par huit en deux ans.

Les causes de ces dérapages sont bien identifiées. S'agissant du BAPSA, son déficit résulte non seulement de la croissance, plus rapide que prévue, des dépenses maladie, mais aussi d'une surestimation des recettes de tabac qui lui sont affectées. A ce déficit d'origine structurelle s'est ajoutée l'absence de financement de la mensualisation des retraites des agriculteurs.

Pour le FSV, le déficit cumulé résulte également d'un décalage, aggravé ces dernières années, entre des dépenses en hausse, liées notamment au poids accru des cotisations vieillesse des chômeurs, et des recettes en baisse. Il faut avoir conscience du caractère désormais structurel de cette situation. En effet, les charges du FSV seront peu sensibles au retour de la croissance : une diminution de 300 000 chômeurs n'entraînerait qu'une économie de 600 millions d'euros. Par ailleurs, dans les années qui viennent, une part importante des ressources actuellement apportées par la contribution sociale de solidarité, soit près d'un milliard d'euros, n'alimentera plus le FSV mais sera utilisée pour combler le

déficit du régime des professions indépendantes. Dès lors, le déficit du FSV – 1,7 milliard en 2004, 3,8 milliards en 2005, soit près du quart du montant total du Fonds – est appelé à croître encore, et exige des solutions à la mesure du problème. A en juger par le contenu de la réponse officielle du ministère des finances qui est publiée à la fin du rapport de la Cour, on n'en prend visiblement pas le chemin : le ministère traite le problème en l'ignorant. Dans ces conditions, on peut légitimement s'interroger sur le maintien même du FSV, qui ne remplit plus que partiellement sa mission, et ne sert qu'à masquer, en droits constatés, le déficit de la branche vieillesse du régime général. C'est pourquoi la Cour demande que les comptes du FSV soient consolidés avec ceux des régimes de retraite dans les tableaux d'équilibre de la branche retraite.

Mais l'essentiel du déficit des régimes de sécurité sociale provient de la branche maladie. Pour le seul régime général, le déficit atteint 12,3 milliards, soit 0,5 milliard de plus qu'en 2003. Dans le contexte de faible taux de croissance potentielle de l'économie française, l'objectif de retour à l'équilibre prévu pour 2007 dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie votée d'août 2004 sera difficile à atteindre.

La Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2005 a prévu pour 2005 un déficit global voisin de 10,6 milliards, la réduction importante du déficit de la branche maladie – qui passerait de 12,2 à 8,3 milliards – étant en partie compensée par l'aggravation des déficits des autres branches. Le déficit cumulé de toutes les branches du régime général et des deux fonds évoqués ci-dessus permet d'affirmer que le système français de protection sociale n'est aujourd'hui plus totalement financé, et que les générations actuelles risquent de laisser à celles qui suivent un lourd passif à apurer. Cette question a d'ailleurs conduit le Parlement, lors de la discussion de la nouvelle loi organique, à introduire un article – l'article 20 – qui contraint le Gouvernement à allouer à la CADES des ressources supplémentaires en cas de nouveaux transferts de déficits de l'assurance maladie. La décision du Conseil constitutionnel du 29 juillet dernier a renforcé cette disposition en l'élevant au rang organique.

En second lieu, l'examen des mécanismes de régulation des dépenses de santé auquel a procédé la Cour l'a conduite à recommander des actions plus vigoureuses et mieux ciblées en matière d'assurance maladie.

La Cour est très sensible à l'attention que le Parlement a portée aux recommandations relatives à l'ONDAM qu'elle a formulées dans ses rapports annuels, et apprécie très positivement les dispositions de la loi organique qui conduisent à une détermination plus réaliste et plus précise des objectifs de dépenses. Encore faudra-t-il que les sous-objectifs prévus à cet effet recouvrent la totalité des dépenses concernées. Or c'est loin d'être le cas, comme la Cour l'a mis en évidence en démontrant le caractère très partiel de certaines lignes de l'ONDAM, en particulier celle des personnes âgées, mais aussi celle des cliniques privées et des établissements sanitaires publics. Au total, les imputations inexactes recensées représentent actuellement près de 14,5 milliards d'euros, soit 11 % du

montant total des dépenses, ce qui est de nature à fausser les décisions. En effet, il est très difficile de réguler les dépenses d'un secteur de la santé si toutes les dépenses afférentes ne sont pas identifiées dans une même enveloppe.

De même, la Cour a mis en évidence les dérives financières constatées pour les cliniques privées ces dernières années, dans un contexte il est vrai de report d'activité en provenance du secteur public, handicapé par la mise en place des 35 heures. Cette situation doit nous rendre particulièrement attentifs à la mise en place de la tarification à l'activité, dont la MECSS a inscrit l'étude à son programme pour 2006. Cette nouvelle tarification, qui est entrée concrètement dans les faits cette année pour l'ensemble des établissements de santé, débouche en effet sur un système de régulation entre les prix et les volumes d'activité similaire à celui des cliniques privées. Il y aura donc lieu d'être particulièrement attentif à la mise en place de la tarification à l'activité, faute de quoi de graves dérapages risquent d'être constatés.

La Cour a examiné d'autres postes de dépenses - biologie et radiologie - qui présentent une forte croissance. Elle a mis en évidence nombre de blocages institutionnels et réglementaires, qui empêchent de fait la mise en œuvre d'économies d'échelle, pourtant potentiellement très importantes, dans ces secteurs. Pour prendre un seul exemple, une réglementation obsolète et tatillonne empêche tout mouvement de regroupement des laboratoires d'analyse médicale, ce qui conduit notamment à un paysage très éclaté : plus de 4 200 laboratoires régis par sept modes juridiques différents, tandis qu'en Allemagne, le nombre de laboratoires est dix fois moins important.

Enfin, la Cour a consacré une place importante du présent rapport à l'examen des actions menées pour infléchir les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux. Cette politique est fondamentale car la réduction d'une part importante du déficit de l'assurance maladie pourrait être obtenue en modifiant les comportements tant de prescription que de recours aux soins, et c'est à juste titre qu'elle occupe une place centrale dans la réforme de l'assurance maladie votée l'an dernier.

L'ensemble des dispositions mises en place ces dernières années ont fait l'objet d'une analyse approfondie : information des assurés et des professions, contrôle des fraudes et abus, mesures de régulation financière et incitations conventionnelles. A l'exception notable de la campagne visant à réduire l'usage des antibiotiques, toutes les actions de régulation mises en œuvre ont largement échoué. Cela est particulièrement flagrant pour les actions qui se sont appuyées sur un mécanisme d'incitation financière à travers l'octroi d'avantages de rémunérations, qui n'ont d'ailleurs pas empêché les professionnels de santé de se mobiliser pour obtenir des augmentations générales d'honoraires. Celles-ci se sont traduites, selon les travaux de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), par une progression du pouvoir d'achat, entre 1993 et 2003, de 1,3 % en moyenne par an pour les généralistes et de 1,9 % par an pour les spécialistes. De telles évolutions tranchent fortement avec la

situation de l'ensemble des salariés du secteur privé et de secteur public durant la même période.

Devant cet échec des mécanismes d'incitation financière, la Cour a indiqué des pistes susceptibles de favoriser l'indispensable maîtrise des dépenses. Celle-ci suppose une action forte visant à décloisonner les diverses professions de santé. Elle passe aussi par une réflexion sur une rénovation possible, et en tout cas souhaitable, des modalités de rémunération des professions de santé. Le paiement à l'acte ne paraît aujourd'hui plus justifié pour toutes les pathologies et tous les modes de prise en charge médicale.

La Cour est consciente que l'échec des dispositifs de maîtrise mis en œuvre s'explique en partie par un système d'information longtemps déficient, qui empêchait de cibler les bonnes mesures et d'apprécier l'impact des réformes. Elle a d'ailleurs constaté que la connaissance fine des comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux a beaucoup progressé ces toutes dernières années, grâce notamment à une rénovation importante du système d'information de l'assurance maladie. L'existence d'outils plus performants et les dispositions relatives à la gouvernance de l'assurance maladie contenues dans la loi du 13 août 2004 permettent de prendre des mesures de maîtrise plus efficaces, pour peu qu'il y ait la volonté de rechercher le respect des engagements conventionnels pris par les professions de santé. En effet, le bilan établi par la Cour montre que, dans les faits, les engagements pris par ces professions n'ont quasiment jamais été tenus.

Ce constat doit être bien présent à l'esprit des pouvoirs publics et des responsables de l'assurance maladie : les mesures nouvelles prévues par la loi du 13 août étant d'une inspiration identique à celles mises en œuvre ces dernières années, le risque existe qu'elles conduisent aux mêmes échecs.

Enfin, la loi organique du 2 août 2005 ouvre la voie à une plus grande transparence des comptes. La Cour est déjà chargée, en vertu de la loi organique d'août 2001, d'apprécier en 2007 la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes de l'Etat pour 2006. Il en est désormais de même pour les comptes du régime général, et ce également à partir de 2007 pour les comptes 2006.

La Cour avait anticipé sur la décision du Parlement, en décidant de consacrer la troisième partie de son rapport à l'état des comptes de la sécurité sociale et aux conditions à réunir pour que les comptes soient en état d'être certifiés. La Cour a donc fait un bilan des progrès réalisés au cours de ces dernières années à partir de la mise en place, en 1996, de la comptabilité en droits constatés. A cet égard, la sécurité sociale a joué un rôle pionnier, puisque les comptes de l'Etat sont encore en encasement-décaissement et ne seront en droits constatés qu'à partir de l'exercice 2006, premier exercice certifié. Sans entrer dans la technique, la comptabilité en droits constatés a l'avantage sur la comptabilité de caisse de retracer beaucoup plus fidèlement, sur une période donnée, la variation

du patrimoine et le résultat de l'activité. De ce point de vue, la sécurité sociale est donc en avance sur l'Etat.

Les comptes de la sécurité sociale ont été jugés d'une qualité suffisante pour envisager de les soumettre à la certification. Cependant, des progrès restent à faire, ainsi que le montre le rapport de la Cour.

La Cour a aussi examiné les modalités de certification. Celles-ci nécessitent de répondre à un certain nombre de questions préalables sur le mode de consolidation, la définition du périmètre des opérations de chaque régime ou branche, le renforcement des systèmes de contrôle interne applicables aux procédures comptables. A cet égard, la mission de validation des comptes des caisses locales confiée par le Parlement aux caisses nationales, et inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, a été une étape essentielle dans le processus de certification des comptes. Si d'importants travaux, notamment pour disposer de bilans certifiables, restent nécessaires, les objectifs de la nouvelle loi organique sont aujourd'hui partagés par tous.

La Cour a également eu le souci d'examiner la place des travaux de la Commission des comptes de la sécurité sociale dans le cadre des nouvelles dispositions législatives. La mission de certification des comptes confiée à la Cour rend sans doute moins pertinente l'existence d'une structure distincte de publication et de commentaire des comptes. Il conviendra donc, une fois réglée, naturellement, la question de l'accès des partenaires sociaux aux données chiffrées, de s'interroger dans les années qui viennent sur l'intérêt de maintenir la Commission des comptes de la sécurité sociale. C'est du moins une piste que la Cour, par la voix de son Premier président, invite le Parlement à défricher.

S'agissant, pour conclure, des conséquences de la loi organique pour la Cour, tant la préparation que la réalisation des missions de certification supposent qu'elle puisse disposer des moyens nécessaires à l'accomplissement de sa mission. C'est un point qui sera abordé au cours des prochains mois, et pour lequel la Cour ne manquera pas de solliciter le soutien du Parlement.

Le président Jean-Michel Dubernard a remercié le Premier président de la Cour des comptes pour sa présentation objective et implacable, des plus utiles à l'heure où Parlement et Gouvernement réfléchissent au réalisme des objectifs qu'ils se sont fixés. Il lui a demandé comment la Cour, compte tenu de la réforme des dispositions organiques régissant l'examen des lois de financement de la sécurité sociale, se prépare à ses nouvelles missions, en particulier celles de la certification des comptes sociaux et de la production d'un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos. Il a également souhaité que soit rappelé le programme d'investigations de la Cour pour les années 2005, 2006 et 2007, et s'est interrogé sur le suivi des recommandations formulées par elle depuis huit ans : en a-t-il été tenu compte, par exemple, dans les deux nouvelles conventions d'objectifs et de gestion conclues en 2005 avec la branche vieillesse et la branche famille ?

M. Philippe Séguin a précisé que les nouvelles missions confiées à la Cour supposent réunies deux séries de conditions. La première lui est extérieure : il s'agit des diverses mesures juridiques, techniques, organisationnelles indispensables à la production de comptes certifiables à la date voulue. En revanche, il appartient bien à la Cour elle-même de se donner l'organisation appropriée pour être en mesure de remplir ses nouvelles missions, comme elle l'a déjà pour la certification des comptes de l'Etat. Elle a commencé de le faire au sein de sa sixième chambre, mais encore faudra-t-il qu'elle dispose, en 2006, de moyens significativement accrus (crédits d'expertise, emplois supplémentaires,...) s'ajoutant à ceux qui lui ont été consentis pour la certification des comptes de l'Etat. Elle rendra compte de ces mesures dans son rapport 2006. La production d'un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche appellera des travaux spécifiques dans le cadre de la préparation du rapport annuel sur la sécurité sociale, dans lequel cet avis, aux termes de la loi organique du 2 août 2005, sera inclus.

Le programme d'investigations de la Cour des comptes pour 2005, 2006 et 2007 découle d'abord du contenu qui sera retenu par le rapport sur la sécurité sociale, lequel吸orbe, bon an mal an, quelque 40 % du potentiel de travail de la chambre concernée. Le champ d'investigations pour 2006 n'est pas encore arrêté, mais la commission des affaires culturelles, familiales et sociales le connaît en partie, puisqu'il a été quasiment finalisé à l'occasion de l'établissement du programme de la MECSS pour 2006. Conformément aux engagements pris, ses membres seront destinataires du rapport d'avril 2006 sur la tarification à l'activité, et pourront travailler à l'automne suivant sur l'action sociale. La Cour consacrera également des développements importants à la politique familiale et aux hôpitaux, qui figureront en bonne place dans le rapport 2007. C'est également dans le cadre du rapport 2007 que seront certifiés pour la première fois, en vertu de la loi organique du 2 août 2005, les comptes de la sécurité sociale, cette certification faisant par ailleurs l'objet d'un rapport particulier avant le 30 juin.

La question du suivi des observations régulières de la Cour relatives aux conventions d'objectifs et de gestion met en jeu une problématique bien connue, mais dont le traitement a varié au cours des dernières années. Si, jusqu'en 2001, le rapport de la Cour s'ouvrait sur un chapitre relatif au suivi de ses recommandations, ce n'est plus le cas depuis 2002, car, à l'initiative du législateur, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit qu'un rapport est demandé au Gouvernement sur les suites données auxdites recommandations. Pour autant que l'on puisse en juger, ces rapports, rédigés par la direction de la sécurité sociale, sont précis, de bonne qualité, sans langue de bois, et il en ressort généralement que les administrations et services concernés ne sont pas restés inertes. On observera toutefois qu'un tel dispositif n'existe pas pour les autres travaux de la Cour des comptes, et c'est pourquoi son Premier président a souhaité organiser un suivi plus systématique de ses recommandations ; il a été ainsi décidé qu'une partie des prochains rapports publics de la Cour serait consacrée aux suites réservées à ses précédentes

interventions. L'objectif recherché est de répondre à la question lancinante que peut se poser le citoyen : « tout cela est bel et bon, mais à quoi cela sert-il ? »

S'agissant plus précisément des deux conventions d'objectifs et de moyens récemment conclues, et sous réserve d'un examen plus détaillé, il apparaît que l'enveloppe budgétaire dévolue à la branche vieillesse se fonde sur la moyenne des budgets exécutés au cours de la COG précédente, ce qui est un progrès ; il n'en a pas été de même, et c'est dommage, pour celle de la branche famille. La Cour avait émis d'autres recommandations, notamment en matière de productivité, mais ne souhaite pas anticiper, pour ce qui est des suites qui leur ont été données, sur les constatations de la MECSS.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a relevé que le Premier président de la Cour des comptes, tout en considérant que les aspects de la réforme de l'assurance maladie visant à modifier les comportements vont dans le bon sens, juge peu probable qu'il en résulte une amélioration des comptes suffisante pour espérer un retour à l'équilibre en 2007. Dans ces conditions, ne faudra-t-il pas passer de mesures incitatives à d'autres qui seraient plus drastiques, comme en Allemagne, voire franchement coercitives ?

M. Philippe Séguin a répondu que l'estimation à 3,8 milliards d'euros de la réduction du déficit de l'assurance maladie émane de la Commission des comptes de la sécurité sociale, la Cour ne s'étant pas hasardée, pour sa part, à faire des prévisions. Pour autant, ce qui est le plus inquiétant n'est pas le montant de ce déficit en 2005 – à ceci près qu'une partie de son éventuelle réduction risque fort d'être rognée par l'aggravation de celui des trois autres branches –, mais son évolution à l'horizon 2007 et au-delà. Or on peut douter du caractère durable d'un éventuel retour à l'équilibre, compte tenu du taux moyen de croissance de l'économie depuis dix ans, d'une part, et de la fragilité à moyen et long terme des changements de comportements, d'autre part. C'est pourquoi il convient de procéder sans attendre à certaines remises en cause, comme dans le domaine du médicament – sur lequel le Gouvernement vient d'ailleurs de reprendre l'initiative –, mais aussi dans celui du mode de paiement : est-il bien nécessaire de maintenir le principe du paiement à l'acte pour chaque consultation ou visite, par exemple dans le cas d'un patient atteint d'une affection de longue durée ? Ce sont des questions que l'on ne peut pas éluder, et il n'est plus temps d'attendre les résultats de chaque étape pour passer à la suivante : la réforme doit être permanente.

M. Bernard Cieutat, président de la sixième chambre, a souligné que les praticiens français pratiquent, par rapport à leurs confrères européens, une certaine surprescription : pour certaines pathologies, un médecin français prescrit 2,5 fois plus de médicaments qu'un médecin allemand. En France même, une étude comparative de la CNAM sur la consommation médicale par canton a fait apparaître des différences très importantes, que l'on pourrait résorber par une meilleure information des médecins.

Le président Jean-Michel Dubernard a insisté sur l'importance, à cet égard, de la formation médicale continue des praticiens.

Mme Cécile Gallez, rapporteur pour l'assurance vieillesse, s'est dite inquiète pour l'avenir des régimes d'assurance vieillesse des professions de santé. Les cotisations ont augmenté de façon importante, tandis que les droits acquis ont baissé.

M. Michel Braunstein, conseiller maître, rapporteur général, a exposé que l'état de banqueroute virtuelle dans lequel se trouvent les cinq régimes cités par le Premier président a trois causes principales. La première est le choix de taux de rendement exorbitants, atteignant 50 %, voire 60 %. Ce choix a bénéficié, indéniablement, aux praticiens partis à la retraite depuis lors. La deuxième est que l'on a trop tardé, inversement, à relever les cotisations. Enfin, la structure démographique de ces professions fait qu'il y a de plus en plus d'allocataires par cotisant, à telle enseigne que la compensation démographique, qui bénéficiait naguère au seul régime des sages-femmes, s'applique maintenant à toutes les professions médicales. Si rien n'est entrepris, ces régimes seront en faillite d'ici deux ans.

Le président Jean-Michel Dubernard a insisté pour que l'on informe les professions concernées de cette situation, car les intéressés ont justement l'impression que le taux de rendement est faible.

M. Michel Braunstein a souligné que les cotisations des membres de ces professions sont partiellement prises en charge par l'assurance-maladie, pour un montant total avoisinant les 2 milliards d'euros, à la suite des diverses conventions conclues avec ces professions. Qui plus est, la disposition législative qui plafonnait aux deux tiers des cotisations la participation de l'assurance maladie a été supprimée, si bien qu'il n'y a plus aucune limite, et qu'il y a donc un vrai risque que celle-ci soit mise encore davantage à contribution.

M. Pierre-Louis Fagniez s'est enquis des mesures de prévention prises contre la grippe aviaire, qui a déjà contaminé 120 personnes en Extrême-Orient, dont 60 sont mortes. Il ne s'agit même plus de faire jouer le principe de précaution, car le risque n'est pas virtuel, mais bien réel, et prévisible. Une épidémie de grippe aviaire serait sans doute la plus grave catastrophe sanitaire en France depuis la grippe espagnole de 1918. La Cour peut-elle, comme elle l'a fait pour le bioterrorisme, conseiller les pouvoirs publics quant au financement de la prévention de ce fléau ?

M. Bernard Cieutat a répondu que la Cour des comptes n'a pas spécifiquement étudié la question de la prévention de la grippe aviaire. Elle consacre des études aux politiques de santé publique en général. Son dernier rapport public général comporte une insertion sur la Direction générale de la santé et ses moyens, dont elle a pu constater que leur montant et leur répartition – moins claire que dans d'autres directions du ministère de la Santé, comme la direction

générale de la sécurité sociale – ne lui permettent pas de remplir toutes ses missions. Aussi le nouveau directeur général de la santé a-t-il pris contact avec la Cour dans le mois qui a suivi sa nomination, et tenu plusieurs réunions de travail avec elle.

Par ailleurs, la Cour mène des enquêtes sur les agences sanitaires, notamment l'Agence française de sécurité sanitaire environnementale, suite à l'intérêt manifesté par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, ainsi que par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), qui a publié voici un ou deux ans un rapport sur les actions de prévention. Après des enquêtes sur la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme, la Cour se penche sur celle des maladies sexuellement transmissibles et du cancer, et abordera le moment venu celle des grandes épidémies.

M. Jean-Luc Préel a remercié le Premier président pour son discours sans concessions, tout en regrettant de ne pas avoir eu connaissance plus tôt du rapport dans son entier, ce qui lui aurait permis d'écouter sa présentation d'une oreille plus avertie et de poser des questions plus précises. Pour sa part, il en a retenu quelques idées-choc : la protection sociale n'est plus financée, et Bercy traite les problèmes en les ignorant... Les recettes manquent, du fait de la croissance en panne, mais aussi du comportement de l'Etat lui-même, qui s'abstient de compenser certaines exonérations (la dernière en date étant celle des nouveaux contrats aidés) et qui n'a pas versé de subvention au régime agricole en 2005.

Comment, dans ces conditions, s'en sortir ? Les propositions émises par le Premier président sont intéressantes, mais d'application difficile. Il est vrai que les agriculteurs ne financent leur protection sociale qu'à hauteur de 17 %, mais est-il envisageable, compte tenu de la situation sociale des agriculteurs et de leur poids politique, de les mettre davantage à contribution ? Quant aux professions de santé, est-on en mesure de leur demander un effort supplémentaire pour éviter la banqueroute à leurs régimes de retraite, ou reviendra-t-il à l'Etat de fournir cet effort, en dépit de la notable différence de revenu entre ces praticiens et des salariés ordinaires ? Enfin, la modification des comportements se heurte, dans les hôpitaux, à la situation financière des établissements, d'autant plus inquiétante que les dépenses sont, à 70 %, des dépenses de personnel.

M. Philippe Séguin, soulignant qu'il s'exprimait à titre personnel, a jugé que le soixantième anniversaire de la sécurité sociale, qui sera célébré dans quelques semaines, fournit l'occasion de procéder à un rappel historique. La sécurité sociale a été organisée, en 1945, à partir de l'idée que la part du revenu consacré aux dépenses de santé resterait stable, numérateur et dénominateur croissant parallèlement. Or trois éléments sont venus bouleverser cet équilibre : le progrès médical, exponentiel et au coût, donc, exponentiellement croissant ; le vieillissement de la population, qui n'est pas sans effet sur la demande de soins et enfin l'ouverture de l'économie française à l'Europe et au monde, qui a pour conséquence une concurrence accrue avec des pays aux systèmes sociaux très différents. Si l'on ne peut que souhaiter que la France continue de concilier

protection sociale généreuse et liberté du prescripteur comme du patient, on ne pourra toutefois manquer de se poser certaines questions fondamentales et notamment se demander si, davantage que de réformes, La France n'a pas besoin d'une révolution.

Le président Jean-Michel Dubernard a remercié le Premier président de la Cour des comptes pour cet échange très enrichissant.

B. AUDITION DE M. XAVIER BERTRAND, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, ET DE M. PHILIPPE BAS, MINISTRE DÉLÉGUÉ À LA SÉCURITÉ SOCIALE, AUX PERSONNES ÂGÉES, AUX PERSONNES HANDICAPÉES ET À LA FAMILLE, SUR LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2006

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu **M. Xavier Bertrand**, ministre de la santé et des solidarités, et **M. Philippe Bas**, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 au cours de sa séance du mercredi 12 octobre 2005.

Le président Jean-Michel Dubernard a souhaité la bienvenue à M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, et à M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille.

Les ministres sont venus aujourd'hui présenter le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, dont les délais d'examen et de discussion par la représentation nationale sont particulièrement brefs cette année. Ce matin, lors de l'adoption du projet en Conseil des ministres, le Président de la République a souligné que le déficit de la sécurité sociale demeure trop élevé et qu'il faut renforcer l'esprit de responsabilité de tous pour retrouver l'équilibre.

Ce projet a été rédigé en ce sens. Conformément à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale adoptée cet été, la présentation du projet de loi de financement a été profondément modifiée. Les conditions de la discussion ont changé et les prérogatives des parlementaires ont été renforcées. Ce sont près de 60 articles qu'ils devront examiner. Cette année, la discussion s'apparentera à une sorte d'expérimentation.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, s'est dit convaincu que le temps est venu de passer de la culture de la dépense publique à la culture de la performance de cette dépense, principe qui s'applique tout particulièrement aux dépenses sociales. Il convient pour cela de garantir la transparence et la clarté des financements, ce que la complexité des mécanismes et des structures actuels rend malaisé, mais aussi de stabiliser le dispositif de réduction des cotisations sociales. En effet, les taux de cotisations ont certes été ramenés de 46 % à 26 %, mais il n'est pas certain que les employeurs s'en soient rendus compte. L'important est donc, désormais, de

plafonner et de clarifier l'ensemble du système, et ce dans la plus grande transparence.

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a souhaité, avant de présenter dans le détail les mesures figurant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, revenir sur les principes qui le sous-tendent. Le premier de ces principes est la continuité dans la mise en œuvre des réformes engagées, qui visent à sauvegarder les fondements de la sécurité sociale. La réforme de l'assurance maladie, en particulier, repose sur la maîtrise médicalisée et les changements de comportements. Elle doit être menée dans la durée, avec persévérance et vigilance, pour obtenir des résultats durables, car voter est une chose, mais l'impérieuse nécessité est d'appliquer les décisions prises. Le gouvernement s'engage sur des objectifs précis et il est pleinement confiant que les résultats visés seront atteints. La même continuité s'impose s'agissant de la politique familiale.

Le projet est ensuite fondé sur la détermination absolue de parvenir au redressement des comptes. La réduction des déficits ne doit évidemment pas être recherchée pour elle-même, mais bien parce qu'ils déséquilibrent le système de sécurité sociale français et compromettent sa viabilité. Or la volonté du gouvernement est précisément d'assurer la pérennité de ce système, en le modernisant et en l'organisant mieux, afin de pouvoir faire face aux défis nouveaux que sont le vieillissement de la population et la poursuite du progrès médical. La réduction des déficits exige donc des efforts qui doivent être menés avec détermination, car si aucune mesure n'était prise, la tendance serait à une augmentation inexorable de la dépense annuelle de trois milliards d'euros. Cette augmentation est normale, en raison du vieillissement de la population, mais il faut en mesurer les conséquences.

Après les efforts demandés l'année passée aux Français, ce qui est demandé cette année dans ce projet, c'est un effort particulier à l'industrie du médicament et, dans une moindre mesure, aux organismes complémentaires. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale confirme le respect de l'orientation solidaire de la réforme. En témoignent en particulier l'amélioration du dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire et l'augmentation de l'incitation faite aux assurances complémentaires de s'impliquer dans la gestion du dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) par une hausse du montant de ce forfait. En témoigne également le renforcement du plan vieillissement et solidarités, celui du plan Alzheimer et celui des moyens consacrés à l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ouvre également le chantier de la démographie médicale, en permettant une meilleure répartition des médecins sur le territoire par des mesures incitatives et non par le biais d'une coercition qui serait obligatoirement vouée à l'échec. Le projet de loi

de financement de la sécurité sociale pour 2006 traduit l'engagement pris par le gouvernement d'accompagner et de renforcer la modernisation de l'hôpital.

Le contexte financier dans lequel s'inscrit ce projet a été décrit en premier lieu par la dernière commission des comptes de la sécurité sociale. En 2005, le déficit de l'ensemble des comptes du régime général est stabilisé par rapport à 2004, à 11,9 milliards d'euros, malgré le redressement important de l'assurance maladie. Cette stagnation est d'abord due au fait que la situation financière de la sécurité sociale pâtit en 2005 du ralentissement de la croissance de la masse salariale : par rapport aux prévisions initiales de l'an dernier, 0,8 point de masse salariale a été perdu, ce qui se traduit par une moindre progression des recettes de 1,2 milliard d'euros. La réduction significative du déficit de l'assurance maladie, qui passe de 11,6 à 8,3 milliards, conformément aux engagements du gouvernement et grâce aux premiers effets de la mise en œuvre de la réforme, marque une rupture très nette avec le creusement du déficit que connaissait cette branche jusqu'en 2004. Elle n'est toujours pas suffisante, et ne suffit pas à compenser les soldes négatifs enregistrés par les autres branches. Au total, le déficit de l'ensemble du régime général se maintient donc au même niveau, élevé, qu'en 2004, soit 11,9 milliards d'euros. Il aurait été, sans la réforme de l'assurance-maladie, de 16 milliards d'euros. Le gouvernement a l'ambition et le devoir de le réduire significativement, pour préserver la viabilité du système de sécurité sociale, en le ramenant à 8,9 milliards d'euros, soit une baisse de 25 %.

Il est temps de moderniser la procédure de présentation des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Il est de tradition, avant sa présentation en conseil des ministres et son dépôt sur le bureau des Assemblées, d'en exposer les grandes lignes à la commission des comptes de la sécurité sociale, puis de l'adresser aux différentes caisses de sécurité sociale afin qu'elles l'examinent et émettent un avis. Dorénavant, pour garantir la transparence de l'information, le projet de loi de financement sera transmis en même temps aux caisses et aux parlementaires, et fera l'objet d'une présentation exhaustive au moment de la commission des comptes afin que le débat public ait lieu dans les meilleures conditions, l'ensemble des acteurs disposant simultanément d'une information transparente et exhaustive.

En 2005, l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) sera respecté. Pour les soins de ville, cela se traduit par un important infléchissement des dépenses. Alors que les dépenses de soins de ville progressaient jusqu'en 2003 au rythme de 7 à 8 %, leur croissance, selon les dernières données de la CNAMTS, n'est que de 1,9 % pour les huit premiers mois de l'année 2005 par rapport à la même période de 2004, alors que le début de l'année a été marqué par une forte épidémie de grippe hivernale que la France n'a pas connue en 2004. L'infexion est particulièrement nette pour les honoraires médicaux, qui affichent sur les premiers mois de l'année une quasi-stabilité. Elle est encore plus marquée pour les indemnités journalières, qui décroissent de 2,6 % sur les huit premiers mois de l'année, après des hausses de plus de 10 % en 2002

et de 6,6 % en 2003. Ces bons résultats doivent être confortés. Ils sont certes encourageants, mais ils ne doivent pas conduire à relâcher un effort qui doit être permanent. Les Français ont compris la nécessité d'un changement de comportement, comme en témoigne leur adhésion massive au dispositif du parcours de soins. Ils sont près de 32 millions à avoir désigné leur médecin traitant, soit deux tiers des assurés, ce qui fait mentir les Cassandre professionnelles. L'ensemble des règles relatives au parcours de soins entreront en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2006, avec la mise en place des « contrats responsables » entre les assurances complémentaires et les patients et l'instauration de la majoration de participation pour les assurés qui ne passent pas par leur médecin traitant.

Dans son article 57, le projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte un important volet de renforcement de la lutte contre les fraudes et abus. Si l'on veut que la solidarité nationale continue de garantir à tous ceux qui en ont besoin un haut niveau de prise en charge de leurs dépenses de santé, il faut faire cesser les dépenses abusives, *a fortiori* frauduleuses, financièrement et moralement inacceptables. Le projet prévoit ainsi de poursuivre les efforts de contrôle des indemnités journalières et de sanction des comportements abusifs, d'obliger les caisses de sécurité sociale à engager des poursuites lorsqu'elles détectent des fraudes et de renforcer la coopération entre les organismes de sécurité sociale, parce qu'il n'est pas normal que les cloisonnements entre administrations puissent permettre aux fraudeurs d'échapper aux sanctions. L'article propose également un meilleur contrôle des ressources perçues à l'étranger, parce qu'il n'est pas supportable de voir certains étrangers bénéficier gratuitement de la CMU alors qu'ils perçoivent par ailleurs des revenus confortables dans leur pays, et un suivi renforcé des associations de domiciliation.

La maîtrise médicalisée sera également poursuivie. Le volet 2006 du plan de redressement permettra de dégager une économie de près de 900 millions d'euros. Des actions spécifiques porteront sur les actes de biologie et les transports sanitaires, dont les dépenses croissent à un rythme élevé, comme vient de le rappeler la Cour des comptes. Concernant notamment la biologie, il est prévu à l'article 27, conformément à la recommandation de la Cour, de simplifier la procédure en cas de simple adaptation de la nomenclature, afin de faire évoluer plus facilement la nomenclature en fonction des coûts de production. La mise en œuvre du « plan médicament » doit aussi être poursuivie. Trois axes guident la politique du gouvernement, dans la continuité du plan de redressement. Le premier est la prise en charge du médicament à son juste prix. Cet objectif sera poursuivi à travers la mise en cohérence des prix des médicaments génériques en France avec les prix européens, avec une baisse de 13 % du prix du répertoire du générique au 1^{er} janvier 2006. Il s'agit également de la poursuite de l'incitation à la substitution avec un délai butoir de 24 mois pour le remboursement par l'assurance maladie, sur la base du prix du générique. Le plan sur les produits de santé est poursuivi avec notamment la montée en charge des nouveaux conditionnements de trois mois, la baisse de prix de certaines spécialités que le progrès permet de

produire à meilleur coût, et la consolidation du système conventionnel avec le comité économique des produits de santé (CEPS) pour le prix du médicament à l'hôpital. Le développement des médicaments génériques représente en effet un axe privilégié de la réforme de l'assurance maladie. En trois ans, la part des médicaments génériques dans les prescriptions est ainsi passée de 30 à 60 %. Puisque 89 % des Français se déclarent aujourd'hui favorables aux médicaments génériques, il est nécessaire d'accentuer l'effort.

L'adaptation de la prise en charge des médicaments dont la Haute Autorité de santé a jugé le service médical rendu insuffisant a fait que 156 médicaments ne seront plus remboursés à partir du 1^{er} mars 2006, et 62 autres verront leur prise en charge ramenée de façon temporaire à 15 %, jusqu'au début de 2008. Parallèlement, afin de favoriser la prise en charge du médicament à son juste prix, une baisse de 20 % sera appliquée au tarif de ces produits. Elle bénéficiera avant tout aux patients, ainsi qu'à l'assurance maladie obligatoire et aux assureurs complémentaires. Ces derniers seront libres de prendre en charge ces traitements au-delà du taux de 15 % ou non, dans la logique des contrats responsables que peuvent dès à présent proposer les assureurs complémentaires. Pour ce qui est de l'aménagement des contributions de l'industrie pharmaceutique à la modération des dépenses d'assurance maladie, deux mesures sont proposées à l'article 15. La première consiste en une augmentation de la taxe sur le chiffre d'affaires de médicaments remboursables, dont le taux sera porté de 0,6 % à 1,96 % à titre exceptionnel en 2006, pour un rendement attendu de 300 millions d'euros. La seconde est l'élargissement des accords conventionnels prix-volumes passés entre les industriels et le comité économique des produits de santé ; ces accords seront en effet étendus aux médicaments vendus par les pharmacies hospitalières aux patients de ville. L'ensemble de ces mesures conduit à un effort de 2,1 milliards, hors mesures de taxe, dont 990 millions au titre du volet 2006 du plan de redressement.

Mieux gérer l'assurance maladie, c'est aussi continuer à mieux organiser le système de santé à moyen terme, qu'il s'agisse du système hospitalier ou de la démographie des professions de santé et de leur répartition équilibrée sur le territoire. Le monde hospitalier est engagé dans une réforme de grande ampleur : réforme de la gouvernance, nouvelles règles de planification, modernisation de la gestion, tarification à l'activité sont des réformes de fond qui nécessitent un temps d'adaptation pour tous. Personne n'ignore ni la situation financière tendue de nombre d'établissements de santé, ni le défi considérable que représente la mise en œuvre des réformes profondes des modes de tarification et de gouvernance des hôpitaux. Il faut donc accompagner les établissements dans leurs efforts d'adaptation et les aider à réussir leur modernisation pour mieux répondre aux besoins des Français. Afin de permettre aux établissements de santé de poursuivre leur modernisation et de répondre à leurs missions de service public, les moyens consacrés à l'hospitalisation progresseront de plus de 2 milliards d'euros après prise en compte du dépassement 2005, soit une augmentation de 3,44 %. Ces moyens nouveaux permettront de faire face à l'accroissement de la masse salariale

et à la hausse du coût de la vie. Ils financent également la relance de l'investissement prévue dans le plan hôpital 2007 et les plans de santé publique. En définissant de nouvelles modalités de financement pour les établissements de santé, le gouvernement a souhaité que les règles de tarification soient d'une part plus justes et équitables, d'autre part mieux harmonisées entre le secteur public et le secteur privé, « dans la limite des écarts justifiés par les différences dans la nature des charges », comme l'indique la formule consacrée. Les outils nécessaires à la mesure de ces écarts sont complexes et tous ne sont pas encore disponibles ; ils sont pourtant indispensables à la réussite de cette convergence des tarifs. Une convergence réussie est préférable à une convergence précipitée ; il a donc été confié à l'IGAS une mission sur les conditions de cette convergence. Les conclusions définitives seront remises à la fin de l'année. Cependant, sur la base des premières indications de cette mission, le projet est conduit à proposer d'adapter le calendrier en supprimant l'échéance intermédiaire de 2008. Les enjeux définitifs sont inchangés. Parallèlement, il faut souhaiter des progrès rapides dans la construction d'une échelle de coût commune public privé, gage d'une transparence accrue. Par ailleurs, afin de garantir une répartition territoriale équilibrée de l'offre de soins, l'article 30 comporte une disposition tirant les conséquences de la suppression de la carte sanitaire. Avec la publication des nouveaux schémas régionaux d'organisation sanitaire, en mars 2006, les contraintes liées à la carte sanitaire, jugée inadaptée par tous, auront en effet pris fin. La définition d'objectifs quantifiés d'activité, qui figureront dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens négociés entre les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation, garantira que l'évolution de l'activité des établissements est strictement conditionnée à celle des besoins de santé de la population. Le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés est quant à lui doté de 327 millions destinés à soutenir à la fois l'investissement des établissements et leur modernisation sociale. Afin d'atténuer la charge pesant sur l'assurance maladie, une partie des subventions d'investissement sera remplacée par des aides en fonctionnement permettant de prendre en charge les surcoûts liés à un recours accru à l'emprunt. Pour donner un nouvel élan à l'hôpital et promouvoir sa modernisation, il faut poursuivre les efforts d'amélioration de la gestion hospitalière. Le volet hospitalier du plan de réforme de l'assurance maladie sera poursuivi, à travers l'amélioration de la politique des achats et de la gestion interne des établissements, qui devront également s'engager dans la maîtrise médicalisée. Les prescripteurs hospitaliers, comme leurs collègues exerçant en ville, doivent être responsabilisés.

S'agissant de la démographie des professions de santé, chantier prioritaire, le projet comporte, dans ses articles 27, 29 et 39, des dispositions qui s'inscrivent dans le cadre du rapport rédigé par le professeur Yvon Berland et complètent les mesures relatives à la répartition des professions de santé sur le territoire déjà prises par le gouvernement. En particulier, les aides conventionnelles à l'installation seront élargies aux remplaçants : le remplacement, passage quasi obligé des jeunes professionnels avant l'installation, est en effet une période importante pour faire naître des vocations d'installation. Cette nouvelle aide pourra

être versée aux jeunes médecins effectuant des remplacements dans des zones déficitaires, ce qui permettra également d'alléger la charge de travail des médecins installés dans ces zones. Par ailleurs, les patients qui consulteront un médecin récemment installé qui n'est pas leur médecin traitant ne se verront pas appliquer la majoration de ticket modérateur, de façon à ne pas pénaliser la constitution de clientèle des jeunes médecins. Les moyens du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) sont également renforcés, et sa pérennité enfin assurée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, afin d'affirmer sa vocation à financer des projets facilitant la permanence des soins ou la bonne répartition des professionnels sur le territoire. Ces propositions seront complétées dans le cadre du plan de démographie médicale que le gouvernement mettra en place d'ici le 1^{er} janvier 2006 pour garantir à tous un égal accès aux soins sur tout le territoire.

Afin de favoriser le retour à l'emploi, le projet prévoit également des mesures visant à éviter la rupture des droits aux indemnités journalières maladie et maternité pour les chômeurs qui reprennent une activité. L'article 26 prévoit ainsi que les demandeurs d'emploi qui reprennent une activité puissent conserver les droits à indemnité journalière dont ils bénéficiaient au titre de leur régime chômage.

Enfin, pour faire face, notamment, au risque de pandémie de grippe d'origine aviaire, le projet prévoit une dotation accrue de l'assurance maladie au fonds de concours des plans de réponse aux menaces sanitaires graves, et le gouvernement proposera au parlement de porter le montant de la dotation pour la grippe aviaire à 200 millions.

L'ensemble de ces mesures se traduit par un ONDAM 2006 de 138,5 milliards d'euros, en progression de 2,7 % à périmètre constant et de 2,5 % hors CNSA. Comme indiqué, l'objectif de dépenses des établissements de santé devrait progresser de 3,44 % et l'objectif des soins de ville hors produits de santé de 3,2 %.

Pour atteindre l'objectif de réduction significative du déficit, des recettes complémentaires seront également affectées à l'assurance maladie. Le plan de redressement conçu à l'été 2004 avait en effet été bâti sur des hypothèses de croissance de la masse salariale de 4,7 %, alors que la prévision d'évolution de la masse salariale est aujourd'hui 3,7 %, différence qui fait perdre près d'un milliard d'euros de recettes à la branche maladie. Pour compenser cette perte, le projet prévoit de prélever par anticipation les cotisations dues sur les intérêts capitalisés des plans d'épargne-logement (PEL) de plus de dix ans. Cette mesure ne constitue pas un nouvel impôt. Ni les règles d'assujettissement des PEL ni le taux des cotisations perçues ne sont modifiés. Il s'agit simplement de prélever par anticipation des sommes immobilisées sur les comptes et qui, en tout état de cause, étaient dues au dénouement du plan. D'autres mesures de recettes plus ponctuelles sont proposées dans le projet, pour un montant total de 172 millions

d'euros pour le régime général, dont 86 millions pour la branche maladie, 60 millions pour la branche vieillesse, 18 millions pour la branche famille et 9 millions pour la branche AT-MP. Une disposition vise à aménager le régime d'assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de rupture. En outre, pourachever la mise en cohérence de la politique d'exonérations de charges sociales, il est proposé de supprimer l'abattement de 30 % des cotisations patronales créé en 1992 pour les salariés à temps partiel. Cet abattement a en effet cessé de s'appliquer aux nouvelles embauches un an après l'abaissement de la durée légale du travail. En le supprimant, le gouvernement rationalise le droit des exonérations. Les employeurs pourront appliquer le dispositif d'allégement général des cotisations sociales, la « réduction Fillon » qui a remplacé les anciennes aides. Pour les employeurs de salariés dont la rémunération est inférieure à 1,33 fois le SMIC, cette réduction est d'ailleurs plus avantageuse que l'abattement supprimé. D'autres mesures visent également à clarifier l'assiette des cotisations et contributions sociales et à renforcer les moyens de lutte contre le travail dissimulé, notamment en instaurant un système de sanctions administratives permettant d'exclure du bénéfice des aides à l'emploi les entreprises dans lesquelles du travail dissimulé a été constaté.

Une autre mesure de recette est proposée au profit de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé : l'article 38 clarifie l'obligation faite aux annonceurs d'accompagner les publicités alimentaires de messages à caractère sanitaire ou, à défaut, de verser une contribution financière à l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES). Cette mesure s'inscrit dans le cadre de la politique de prévention et de sensibilisation des consommateurs aux problèmes de santé publique dont l'impact financier est très lourd pour l'assurance maladie. Le forfait hospitalier journalier passera, comme décidé en 2004, de 14 à 15 euros.

Enfin, il est proposé d'instaurer une participation, plafonnée à 18 euros, sur les actes d'une valeur supérieure à 91 euros. Aujourd'hui, lorsqu'un assuré reçoit, en ville ou dans le cadre d'une hospitalisation, des soins médicaux d'un coût de plus de 91 euros, il est dispensé de ticket modérateur. Désormais, cette participation sera étendue aux actes d'une valeur supérieure à 91 euros et aux séjours hospitaliers au cours desquels un tel acte a été pratiqué, et plafonnée à 18 euros quel que soit le montant total des frais encourus. Cette participation ne concernera pas les personnes bénéficiant d'une exonération totale : les femmes enceintes, les nouveau-nés hospitalisés, les titulaires d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité, ainsi que les six millions de personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée. Elle ne portera pas non plus sur les actes de biologie et de radiologie. Pour les 92 % de Français qui en disposent, cette participation sera prise en charge par leurs complémentaires santé, lesquelles peuvent sans peine consentir à un tel effort, qui ne représente que 0,58% du montant total des remboursements qu'elles effectuent. La plus grande transparence doit prévaloir à ce sujet, afin que les Français sachent si les augmentations de primes qui leur seraient éventuellement demandées sont

justifiées. Dans le cas des 4,7 millions de personnes couvertes par la CMUC, la participation sera acquittée par l'Etat.

Parallèlement, afin de permettre aux Français qui, pour des raisons financières, renoncent actuellement à souscrire un contrat de couverture complémentaire, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire sera substantiellement relevée : le montant de l'aide sera ainsi porté de 75 à 100 euros par an pour les moins de 25 ans, de 150 à 200 euros pour les 25-59 ans, et de 250 à 400 euros pour les plus de 60 ans, ce qui représente une hausse de 60 %. Deux millions de Français sont concernés, et 265 000 seulement ont bénéficié du dispositif institué en 2004, qu'il fallait rendre plus attrayant encore et qu'il faudra mieux faire connaître. Par ailleurs, afin d'inciter davantage les organismes complémentaires à la gestion du dispositif de la CMU complémentaire, le projet prévoit de porter de 304,52 à 340 euros par an, soit une revalorisation de 11,6 %, le forfait de la CMUC. Par ailleurs, le taux de la taxe instaurée au profit du fonds CMU lors de la mise en place de la CMU en 2000 passera de 1,75 % à 2,5 %. Cette hausse, d'un rendement d'environ 200 millions, est très inférieure aux économies que les organismes complémentaires vont réaliser du fait des mesures prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale dans le domaine du médicament.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a souligné que, s'il faut ne retenir qu'un chiffre du projet, ce serait la réduction de 25 % du déficit de la sécurité sociale en 2006. En effet, l'effort considérable consenti fera que le déficit passera de 11,9 milliards d'euros en 2005 à 8,9 milliards fin 2006. Si la réduction des déficits n'est pas une fin en soi, elle permettra de sauver l'assurance maladie et de dégager des marges supplémentaires pour faire face à l'évolution des besoins. On connaît les listes d'attente qui caractérisent le système britannique et on sait que le système américain laisse à l'écart non seulement les plus démunis, mais une bonne partie de la classe moyenne. Le modèle français de sécurité sociale que le gouvernement s'attache à préserver, c'est celui qui finance l'accès au progrès médical pour tous. On a beaucoup parlé du retrait de plusieurs médicaments de confort mais, ce faisant, on a oublié que 196 médicaments innovants et efficaces ont été ajoutés à la liste des médicaments remboursés et que le plan Hôpital 2007 a été mis en œuvre.

Le projet tient compte des mutations démographiques en cours en proposant d'augmenter de plus de 13 % les dépenses au bénéfice des personnes âgées dépendantes. Le rythme de création de places en institutions est doublé par rapport à ce qui était prévu dans le plan « vieillissement et solidarités » lancé en 2003 ; en deux ans, 20 000 places auront été créées dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et 17 000 places pour services de soins infirmiers à domicile. Le même effort vaut pour les personnes atteintes de handicaps, avec une augmentation de 5 % de la partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale qui traite du handicap, et d'un peu plus de 6 % en tenant compte de la participation de la Caisse nationale de

solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cela permettra de créer des places en établissements médico-sociaux et de financer le doublement des sommes servies par les départements au titre de l'allocation compensatrice pour tierce personne. Au total, le projet consacre plus de 800 millions d'euros aux soins destinés aux personnes âgées dépendantes et aux personnes handicapées en établissements médico-sociaux.

Dans le domaine de la politique familiale, la convention d'objectifs et de gestion signée avec la CNAF prévoit une évolution de 7,5 % par an du fonds national d'action sociale. Au total, 72 000 places de crèche auront ainsi été créées entre 2002 et 2008. Par ailleurs, conformément aux annonces faites lors de la dernière conférence de la famille et qui tendent à permettre de concilier vie familiale et vie professionnelle dans une France qui connaît le meilleur taux de natalité d'Europe, le projet offre une nouvelle possibilité aux parents, en créant un complément optionnel de libre choix d'activité grâce auquel l'un ou l'autre parent peut choisir de bénéficier, à partir du troisième enfant, d'un congé d'un an rémunéré à hauteur de 750 euros. Cette option permettra à celles ou ceux qui la choisiront de revenir plus facilement vers l'emploi, ce qui favorisera le bon déroulement de leur carrière. Pour donner suite à la conférence de la famille, le projet prévoit également la réforme de l'allocation de présence parentale auprès d'un enfant gravement malade. Elle sera désormais accessible à 13 000 familles au lieu de 3 000 actuellement ; de plus, un complément sera versé lorsque le traitement de l'enfant implique de déplacements importants. Le déficit de la branche famille est stabilisé à 1,1 milliard d'euros. Il est conjoncturel et le retour à l'équilibre est prévu pour 2009. Enfin, ce sont 250 000 familles qui auront accès à la PAJE d'ici à 2007, soit plus que les prévisions initiales.

Le déficit de l'assurance vieillesse sera ramené de 2 milliards d'euros à 1,4 milliard, en raison du « papy boom » mais aussi des départs anticipés à la retraite qui ont déjà profité à plus de 200 000 personnes qui avaient commencé à travailler très jeunes. Les bénéficiaires de ce dispositif seront 300 000 fin 2006. Cela a certes un coût, mais c'est un très grand progrès social. Pour faire face à ces dépenses accrues, la hausse des cotisations de 0,2 point décidée dans le cadre de la réforme des retraites prendra effet en 2006 selon une répartition entre part patronale et part salariale qui se fera dans un souci d'équité, après concertation avec les partenaires sociaux. Cette majoration contribuera fortement à la réduction du déficit de la branche vieillesse. Le projet prévoit également deux mesures relatives à la gestion des régimes de retraite. D'une part, il parachève l'intégration du régime vieillesse des cultes au régime général et d'autre part son article 47 prévoit l'instauration de nouvelles règles de gouvernance des régimes d'avantage social vieillesse gérés par les sections professionnelles de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS).

Enfin, deux mesures sont prévues pour limiter le déficit du Fonds de solidarité vieillesse. En recettes, il est proposé d'élargir l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés en y incluant les entreprises du secteur public

assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée. L'impact de cet élargissement est estimé à 70 millions d'euros, dont 56 millions pour le FSV et 14 millions pour la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. En dépenses, il est proposé d'harmoniser les règles de service du complément d'allocation unique de solidarité avec celles des autres minima sociaux, en conditionnant son versement à la résidence sur le territoire. Jusqu'à présent, les lacunes de la législation ont en effet suscité un vaste effet d'aubaine, certains non-résidents bénéficiant d'un minimum vieillesse d'autant plus important qu'ils avaient peu travaillé en France. Cela jouera pour quelque 200 000 personnes en 2006 et, sachant que l'augmentation du nombre de bénéficiaires est de 10 à 15 % chaque année, il était grand temps d'agir. Cependant, on ne reviendra pas sur les droits acquis. Cette mesure devrait permettre de dégager une économie de l'ordre de 50 millions en 2006 et de 900 millions cumulés à la fin de 2009. Afin d'alléger les charges qui pèsent sur la FSV, le gouvernement avait proposé de lui transférer les excédents de la CNAVTS en 2004, proposition sur laquelle la CNAVTS a émis un avis négatif. Soucieux de concertation, le gouvernement a tenu compte de cet avis en décidant d'affecter cet excédent non pas au FSV, mais au Fonds de réserve des retraites.

S'agissant enfin de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles, la loi du 13 août 2004 avait invité les partenaires sociaux à émettre des propositions pour une réforme de la branche, qui devrait notamment passer par une refonte du système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ils doivent encore le faire et, dans l'attente du résultat de cette concertation, le gouvernement propose de ramener de 590 à 175 millions le déficit prévisionnel de la branche, grâce à une augmentation provisoire et immédiate de 0,1 point du taux de cotisation.

Après l'exposé des ministres, **le président Jean-Michel Dubernard** a posé les questions suivantes :

– M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, s'est montré d'une extrême sévérité sur l'état des finances sociales lors de son audition par la commission sur le rapport 2005 de la Cour consacré à la sécurité sociale, en appelant à une « révolution » dans ce domaine. Compte tenu de la complexité des circuits et de l'effet déplorable des multiples raccommodages proposés année après année, une remise à plat du système ne s'impose-t-elle pas ?

– Compte tenu des résultats de l'étude menée par l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) sur l'augmentation prévisible de la prévalence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées, comment le gouvernement prépare le choc financier que représentera la prise en charge de ces malades à l'horizon 2020 ?

– Les travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) portent sur l'organisation et les coûts de gestion des branches de la sécurité sociale ; est-ce que les conventions

d'objectifs et de gestion (COG) conclues avec les branches maladie et vieillesse comportent bien l'objectif d'une amélioration dans ces deux domaines ? En particulier, comment sont calculées les enveloppes budgétaires ?

M. Gilles Carrez, rapporteur général, a rappelé que 20 milliards d'euros de recettes fiscales du budget de l'Etat doivent être désormais affectées au financement de la politique d'allégement des charges sur le travail, notamment sur les bas salaires. Il a demandé au ministre si la dynamique de ces recettes épousera exactement celle des allégements de charges et si une clause de « revoyure » est prévue comme il en existe une dans le cadre de la décentralisation en ce qui concerne les transferts de compétences et de recettes correspondantes. Il a également souhaité connaître le sentiment du ministre sur ce risque pour les comptes sociaux et lui a demandé s'il n'estimait pas venu le temps de la transparence sur les taux de cotisations.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des finances, a constaté que le gouvernement propose d'augmenter les cotisations vieillesse de 0,2 point. Pourtant, l'augmentation permanente des cotisations a ses limites et les pays scandinaves, ayant fait le constat d'une relation directe entre créations d'emplois et prélèvements obligatoires, ont entrepris de réduire délibérément ces derniers. La France doit donc faire un effort exceptionnel et ne pas devenir, en cette matière, le champion de l'Union européenne.

Sans revenir sur le cadrage financier de la réforme de l'assurance-maladie, qui est conforme à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a posé les questions suivantes :

– Est-il possible d'aller plus loin dans certains domaines, pour les consultations externes à l'hôpital par exemple, ou en matière d'application aux pharmaciens des dispositions de la loi « Dutreil » relatives aux marges arrières.

– Concernant la question générale de l'avenir des ressources de la protection sociale, son financement est devenu complexe au point d'être illisible. Ne serait-il pas opportun de créer un organisme de concertation chargé de réfléchir à des réformes radicales ?

– Etant donnée la situation désastreuse du Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA), dont le déficit est structurel, le comité de surveillance a proposé l'émission d'un emprunt dont les intérêts seraient amortis par l'Etat : quelle est la position du gouvernement sur la question ?

– Ne serait-il pas opportun d'étendre la réforme de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) portant création d'un

directeur général aux autres branches du régime général ? En outre, le gouvernement entend-il suivre les recommandations de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) relatives aux lacunes du pilotage de la gestion informatique des caisses en renforçant les moyens de la tutelle ? L'article 41 du projet de loi de finances semblant contredire l'idée d'un mécanisme garantissant une compensation automatique, à l'euro près, des exonérations de cotisations sociales par l'Etat, il serait nécessaire d'obtenir des précisions à ce sujet. Enfin, quel est l'état d'avancement des négociations relatives à la conclusion de la COG de la branche maladie ?

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, après avoir constaté que tout laisse à penser que l'ONDAM « soins de ville » sera respecté mais qu'un effort doit être fait sur la prescription des médicaments, a demandé au ministre de confirmer la baisse du prix des médicaments et la généralisation des tarifs forfaitaires de responsabilité.

Le poids de la prise en charge des affections de longue durée dans les dépenses de santé s'accroît : le périmètre des ALD ne doit-il pas être précisé ? Tel qu'il est rédigé, l'article 29 du projet, qui traite des mesures relatives à l'installation des jeunes médecins, les dispense du suivi du parcours de soins lors de leur installation, quelle que soit la zone considérée ; ne faudrait-il pas prévoir expressément que cette disposition s'appliquera à la condition que la nouvelle installation se fasse dans une zone paupérisée ou sous-médicalisée ?

Enfin, s'agissant de la convergence entre hôpitaux publics et hôpitaux privés, deux théories s'opposent : les hôpitaux privés souhaitent qu'elle soit réalisée au plus vite, conformément aux échéances prévues, les hôpitaux publics tiennent un discours inverse en insistant sur ce qu'ils tiennent pour le danger de la convergence. Quelle est la position du gouvernement ?

Après avoir demandé au ministre comment le gouvernement prévoit d'abonder le Fonds de réserve des retraites et comment il entend résorber le déficit du Fonds de solidarité vieillesse, **Mme Cécile Gallez, rapporteure pour la branche vieillesse**, a souhaité faire le point sur l'état d'avancement des conventions tripartites avec les établissements d'accueil des personnes âgées et demandé au ministre si la tarification pouvait être revalorisée pour tenir compte des difficultés particulières liées à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Elle a ensuite posé les questions suivantes :

— les logements-foyers bénéficieront-ils de forfaits soins revalorisés annuellement, même s'ils ne signent pas ces conventions ?

– comment régler le problème de la prise en charge du transport des personnes âgées dépendantes si l'on souhaite développer l'accueil temporaire ou de jour ?

– le projet de loi réorganisant le régime des pharmacies à usage interne des établissements d'hébergement des personnes âgées, quel sera l'impact de ces modifications pour les résidents ?

– la mise aux normes de sécurité représente de très fortes dépenses pour les maisons de retraite et les logements-foyers : dans ce contexte, des aides à l'investissement pourraient-elles être prévues ? Les normes pourraient-elles être moins rigoureuses ?

– pourquoi le montant de l'allocation personnalisée d'autonomie versée aux personnes hébergées en établissement est plus faible que celui prévu pour les personnes vivant à leur domicile ? Cette allocation ne pourrait-elle pas être versée directement aux logements-foyers ?

– dans quel délai sera remis le rapport de faisabilité de l'IGAS et de l'IGF quant à la création d'une assurance complémentaire contre la dépendance proposée par le sénateur Alain Vasselle ?

Après avoir noté que la politique familiale menée depuis 2002 a consisté essentiellement à faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie privée par l'adoption de mesures aidant les familles à financer le recours à un mode de garde, **Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille**, a jugé que cette politique doit être complétée par un autre volet, plus redistributif, destiné aux familles en situation de précarité. Ainsi, les familles monoparentales sont souvent réduites à vivre de l'allocation de parent isolé (API), car leur insertion professionnelle est impossible, faute de mode de garde rapidement mobilisable. Comment leur donner une réelle priorité pour l'obtention de places en crèche ? En 2004, la conférence de la famille avait retenu comme thème principal « Pauvreté et précarité » : quelles suites le gouvernement envisage-t-il de donner au rapport de M. Martin Hirsch ?

Puis elle a posé les questions suivantes :

– La création du nouveau congé parental de courte durée est présentée par le Premier ministre comme une première étape. A combien estime-t-on les bénéficiaires potentiels de ce dispositif ? Comment est-il envisagé de faire évoluer le congé parental ? Sera-t-il ouvert aux familles de deux, voire d'un enfant ?

– S'agissant des aides au logement, alors que les aides personnelles au logement n'ont pas été revalorisées depuis 2003, un simple relèvement de 1,8 % du loyer-plafond à compter du 1^{er} septembre 2005 a été annoncé, le plafond de ressources et le forfait de charges restant inchangés. Le gouvernement peut-il

apporter quelques éclaircissements sur cette question, essentielle pour les familles modestes dont le taux d'effort pour l'accès au logement ne cesse d'augmenter ? Pourquoi, par ailleurs, la branche famille devrait-elle supporter la totalité de la charge de l'APL versée aux familles locataires, alors que l'Etat en assumait 48,35 % jusqu'à présent ? Ce transfert de charges, estimé à 271 millions en 2005, est-t-il un nouveau signe du désengagement de l'Etat de la politique du logement ?

– La signature de la convention d'objectifs et de gestion de la CNAF résulte d'un compromis avec l'Etat, prévoyant notamment l'augmentation de 7,5 % par an du Fonds national d'action sociale (FNAS) pour la période 2005-2008, soit bien moins que les 13 % que souhaitait la caisse. Cette restriction des moyens destinés à l'action sociale imposera une plus grande sélectivité aux interventions de la branche. Quels domaines d'action en subiront les conséquences ?

– Alors que la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) devait entrer en application pour tous les enfants à compter du 1^{er} janvier 2007, le maintien des anciennes prestations « petite enfance » jusqu'en 2009 a été annoncé. Est-il exact que les économies ainsi réalisées – et estimées à 440 millions d'euros sur trois ans – permettront de financer la création du congé parental de longue durée ? Ou bien s'agit-il d'un désengagement de plus ?

En conclusion, **la rapporteure pour la branche famille** a signalé que beaucoup des questions qu'elle a adressées par écrit au gouvernement au cours des derniers mois étaient restées sans réponse et a demandé où en était leur traitement.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, a souligné que la réforme de l'assurance-maladie adoptée en 2004 repose sur la volonté de changer profondément les comportements des acteurs du système de santé. Un an après, force est de reconnaître que les résultats sont là, mais aussi qu'ils sont insuffisants. Le changement de comportement des prescripteurs a ainsi permis d'économiser 600 millions d'euros, mais ce n'est qu'un premier pas, et l'objectif visé en 2006 est d'un milliard et demi. Quant aux Français eux-mêmes, ils ont maintenant choisi, dans leur majorité, un médecin traitant, et sont incités à modifier leurs habitudes de consommation médicamenteuse. Enfin, les hôpitaux sont engagés dans une vaste réforme, et il est souhaitable que le plan Hôpital 2007 soit mis à profit pour encourager les changements susceptibles d'avoir un « retour sur investissement ».

La gestion du risque constitue, pour l'assurance maladie, une culture nouvelle, à laquelle elle n'est pas encore habituée. A titre d'exemple, il a fallu plus d'un an pour modifier les formulaires protocole interrégime d'examen spécial (PIRES) relatifs aux affections de longue durée (ALD). Mais, au-delà du rythme d'avancement de la réforme, au-delà de l'optimisation des comportements, qui finira bien par atteindre ses limites, il faut poser sans attendre cette question fondamentale : l'équilibre passe-t-il par un simple accroissement des recettes, au

risque d'alourdir le coût du travail, ou bien par une responsabilisation accrue des Français et des caisses complémentaires ?

S'agissant enfin de l'assurance vieillesse, le rythme, relativement faible, auquel est actuellement abondé le Fonds de réserve des retraites, dont les actifs n'atteignent que 25 milliards d'euros à ce jour, et ne devraient s'accroître que de 2 milliards en 2006, permet-il d'envisager qu'il puisse remplir, à l'horizon 2020, la fonction de « lissage » qui lui était assignée à l'origine ? Quel niveau devrait-il atteindre pour cela ? Le Premier ministre qui a décidé sa création, M. Lionel Jospin, envisageait 1 000 milliards de francs, soit environ 150 milliards d'euros...

M. Jean-Marie Le Guen a indiqué que le groupe socialiste ne partage pas l'enthousiasme avec lequel les ministres ont présenté le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. C'est en effet un projet de loi de financement de la sécurité sociale lourdement déficitaire, qui fragilise durablement le système de protection sociale, et prétendre que le déficit serait deux fois plus élevé si la politique menée sous la précédente législature avait été poursuivie après 2002 n'est qu'un sophisme. Au demeurant, les prévisions pluriannuelles présentées, qu'il s'agisse de l'ONDAM ou des recettes, ne sont jugées crédibles par personne. Quant à l'idée de supprimer tout décalage entre le moment où certaines dispositions sont soumises à la concertation et celui où elles sont transmises au Parlement, on ne peut s'empêcher d'y voir, outre l'effet du récent et unanime avis négatif des caisses sur le présent projet, le souci que la presse ne fasse plus état prématurément de certaines mesures susceptibles d'être mal accueillies, tel le forfait de 18 euros sur les actes médicaux lourds, qui constitue au demeurant un précédent on ne peut plus regrettable.

Au-delà du caractère irréaliste et farfelu des tableaux de financement présentés, le plus contestable – du point de vue de la méthode – est que la plupart des mesures importantes annoncées ne sont pas dans le projet, qu'il s'agisse de la politique du médicament, de la politique hospitalière ou de la politique des soins de ville. Il est singulier qu'un an seulement après le vote de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le Parlement continue de débattre sur la base d'engagements purement verbaux du gouvernement ; ainsi, concernant la franchise élargie, seul le principe du forfait sera inscrit dans la loi, et son montant, de 18 euros initialement, pourra être réévalué par simple décret. La faible portée du vote du Parlement sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale est un élément supplémentaire d'affaiblissement du lien de confiance entre les citoyens et leurs gouvernants.

Mme Jacqueline Fraysse a déclaré, au nom du groupe des député(e)s communistes et républicains, s'être réjouie lorsque le ministre a annoncé un « coup de pouce » en faveur de l'hôpital, mais n'en avoir été que plus déçue en constatant que l'ONDAM hospitalier ne progresse que de 3,44 % – au lieu des 4,32 % réclamés par la Fédération hospitalière de France -, soit moins encore que les 3,6 % de l'an dernier – alors que la FHF demandait, cette fois, 4,74 %. Elle

s'est par ailleurs préoccupée de l'endettement des hôpitaux : est-il vrai que 70 % des établissements publics sont endettés ?

Elle a ensuite posé les questions suivantes :

– Dans le domaine de la prévention et de la santé publique, des moyens importants ont certes été annoncés pour lutter contre le risque de grippe aviaire, mais il semble que l'Etat ne verse pas un centime et mette à contribution les caisses de sécurité sociale. N'est-ce pas pourtant une mission qui lui appartient en propre ?

– Dans le domaine du médicament, combien de produits nouveaux ont été mis sur le marché en 2005, et à quel prix, compte tenu des dispositions de 2002 relatives à la liberté tarifaire pour les médicaments nouveaux ?

– S'agissant des prévisions de recettes, le gouvernement confirme-t-il que le montant des exonérations de charges patronales non compensées s'élève à 21,6 milliards d'euros, et si oui, à quelle période de référence s'applique ce montant ? L'Etat envisage-t-il de payer un jour à la sécurité sociale les arriérés qu'il lui doit ?

– Enfin, la référence que, dans ses discours, le gouvernement fait à la solidarité n'est-il pas contradictoire avec les aides et incitations à la souscription de couvertures complémentaires ? La solidarité doit consister d'abord à garantir à chaque Français une bonne couverture de base, au lieu de la réduire sans cesse, par exemple par le nouveau forfait de 18 euros, au point que la France n'est plus, pour ce critère, qu'au dix-septième rang des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).

M. Jean-Luc Préel, s'exprimant au nom du groupe UDF, a dit craindre que l'on ne perde de vue l'objectif qui doit être celui d'une politique de santé digne de ce nom : assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité. La France s'oriente de plus en plus, en effet, vers une médecine à plusieurs vitesses : les dépassements d'honoraires, les baisses de taux de remboursement, l'augmentation du forfait hospitalier, le nouveau forfait de 18 euros aggravent l'inégalité devant la santé, au détriment de ceux qui n'ont pas les moyens de s'offrir une bonne couverture complémentaire.

S'agissant de l'institution du médecin traitant, il est abusif de présenter comme un succès le nombre de formulaires renvoyés ; on pourrait invoquer, inversement, l'enquête réalisée auprès de 14 000 médecins, dont 14 % seulement considèrent qu'il s'agit d'une bonne réforme !

Le gouvernement avait lui-même qualifié d'« historique » le déficit de 2004, qui s'élevait, toutes branches confondues à 11,9 milliards d'euros. Que dire de celui de 2005, dont le montant est identique, et qui, pour la première fois, touche les quatre branches ? Certes, le déficit de l'assurance maladie est réduit de 3 milliards d'euros, mais l'exploit n'a rien de remarquable, quand les recettes

supplémentaires augmentent de 4,6 milliards, dont 2,2 milliards au titre de la contribution sociale généralisée (CSG), 0,8 milliard au titre de la contribution sociale de solidarité (C3S), 1 milliard au titre des taxes sur le tabac, de 0,5 milliard grâce au forfait d'un euro et 0,1 milliard grâce à l'augmentation du forfait hospitalier. Et si l'on ajoute au déficit de la sécurité sociale proprement dite celui du FSV, celui du FFIPSA – privé cette année de la subvention de l'Etat – et celui de l'UNEDIC, on dépasse les 18 milliards d'euros. La vérité est que, comme l'a dit le Premier président de la Cour des comptes, la protection sociale n'est plus financée.

S'agissant du système de santé lui-même, l'hôpital va mal : la plupart des établissements ont des reports de charges, et le taux de 3,44 % retenu pour la progression de l'ONDAM est construit sur un rebasage. On ignore encore, en outre, le taux de tarification à l'activité pour 2006 : restera-t-il de 25 %, ou sera-t-il augmenté ?

La politique contractuelle menée ces trois dernières années avec l'industrie pharmaceutique risque fort, par ailleurs, d'être mise à mal par le revirement du gouvernement, qui a décidé unilatéralement, sans concertation, de la ponctionner de 2 milliards supplémentaires. S'il persiste dans cette voie, y aura-t-il encore une industrie pharmaceutique en France dans quelques années ?

Dans le domaine des soins ambulatoires, peut-on espérer la revalorisation des frais de déplacement, ainsi que leur harmonisation entre les différentes professions, le prix de l'essence étant le même pour tout le monde ?

Enfin, le Fonds d'aide à la qualité des soins (FAQSV) est doté de 100 millions d'euros, mais il est prévu de le mettre à contribution pour la mise en place du dossier médical personnel, dont le coût est estimé à un milliard d'euros par M. Dominique Coudreau, qui préside le groupement d'intérêt public de préfiguration du dossier médical personnel. Quelle sera la hauteur de sa participation ?

M. Denis Jacquat, après avoir rappelé que Mme Georgina Dufoix, lorsqu'elle était ministre en charge de la sécurité sociale, jugeait impossible que l'on arrive jamais à équilibrer la sécurité sociale, a loué, au nom du groupe UMP, les efforts et le volontarisme déployés par les ministres pour parvenir néanmoins à cette fin.

Leur souci de relever le défi de la longévité par une meilleure prise en charge des personnes âgées est à saluer ; cependant, l'obstacle que représente la difficulté de faire le partage entre ce qui relève du sanitaire et ce qui relève du médico-social est difficile, la frontière étant souvent ténue, voire subjective. L'on invoque souvent, s'agissant du taux d'encadrement des maisons de retraite, le modèle scandinave ou allemand ; cependant, des études comparatives réalisées entre établissements mosellans et sarrois ont fait apparaître que ce taux était en réalité plus faible dans ces derniers – et encore il comprend souvent des étudiants

qui y travaillent bénévolement. Il ressort en outre du rapport réalisé par Mme Cécile Gallez au nom de l’OPEPS que, du fait du succès de la politique visant à favoriser le maintien à domicile, les personnes âgées le sont de plus en plus lorsqu’elles entrent en institution et qu’un grand nombre d’entre elles sont en fait atteintes de maladies neuro-dégénératives, plus que de handicaps physiques ou physiologiques. Peut-être conviendrait-il de prévoir, dans les établissements, davantage de lits adaptés à ces maladies que de lits médicalisés proprement dits ?

S’agissant des retraites, l’existence du Fonds de réserve, qui avait été une bonne initiative, n’a de sens que s’il est alimenté par des recettes pérennes. Sera-ce bien le cas ?

Enfin, il n’est pas gênant qu’il n’y ait pas de ligne budgétaire spécifique pour la lutte contre la grippe aviaire, distincte des autres actions de prévention.

Après avoir rappelé qu’il avait été rapporteur sur cette question à l’Assemblée parlementaire du Conseil de l’Europe, **M. Denis Jacquat**, a expliqué que son rapport, qu’il a défendu le lendemain même de la présentation du plan de prévention de la pandémie par le ministre, reprenait le contenu de l’intervention du ministre et qu’il a obtenu une approbation à l’unanimité.

M. Maxime Gremetz a estimé que la prétendue réforme de l’assurance maladie dont se targue le gouvernement n’en est pas une. Il s’agit simplement de réduire un peu le déficit et de faire payer les Français, en accélérant la privatisation des soins tout en étatisant, paradoxalement, la gouvernance. Pour être bien soigné, il est devenu impératif de disposer d’une bonne couverture complémentaire : toutes les mesures prises vont dans ce sens, la dernière en date étant l’institution d’une participation de 18 euros pour les actes médicaux lourds, qui rapportera autant que le cadeau fiscal fait aux 14 000 plus riches assujettis à l’impôt sur la fortune.

Aucun gouvernement n’a voulu aborder la question de fond : celle du financement même de la sécurité sociale. Pour garantir durablement celui-ci, il faudrait, comme n’ont cessé de le proposer les députés communistes et républicains, développer l’emploi, augmenter les salaires, et surtout réformer l’assiette, en taxant les revenus financiers, en revenant largement sur les quelque 21 milliards d’euros d’exonérations de cotisations patronales – qui sont, de l’aveu même du Premier président de la Cour des comptes, M. Philippe Séguin, un gaspillage générateur de simples effets d’aubaine – et en modulant les cotisations. Il n’est pas normal de mettre davantage à contribution l’entreprise qui embauche que celle qui licencie.

M. Gérard Bapt s’est d’abord inquiété des moyens dont disposera le Fonds d’aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) pour remplir, en plus de toutes ses missions, celle de financer les structures participant à la permanence des soins, telles que les maisons médicales de garde ; il a ensuite plaidé pour que les praticiens hospitaliers titulaires d’un diplôme étranger voient leur statut, leurs

conditions de travail et leur rémunération – souvent inférieure à 1 500 euros par mois , ce qui est scandaleux – revalorisés.

Il serait bon de connaître la date de publication des textes d’application de l’article 38 du projet relatif aux « *messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d’édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés* ». En outre, il est très étonnant que l’affectation à l’Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (INPES) du produit de la taxe de 1,5 % perçue lorsque ces messages ne comporteront pas d’information à caractère sanitaire suffisante soit présentée, aux termes mêmes de l’exposé des motifs de l’article, comme ouvrant la voie à un allégement de la contribution de l’assurance maladie au financement de l’INPES, de façon que sa part soit ramenée aux deux tiers de ce budget, au lieu de 71 % actuellement. Un tel dispositif est tout à fait contraire à l’esprit de l’article L. 2133-1 du code de la santé publique, tel que l’Assemblée l’avait adopté à l’initiative des députés membres du groupe d’études sur la prévention de l’obésité.

En réponse aux questions de Mme Cécile Gallez, **le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, a apporté les précisions suivantes :

– Le plan « Vieillissement et solidarités » et le plan « Alzheimer » se mettent en place bien plus vite que prévu : 261 lieux de consultation « mémoire » de proximité ont été créés, l’objectif étant de parvenir à 600. Grâce à ces centres de ressources et de diagnostic, il sera possible de proposer un dépistage, un diagnostic et, le cas échéant, un traitement, un accompagnement social, ainsi qu’une formation des aidants familiaux, au moment le plus efficace. De même, le programme de création de places, dont un certain nombre de places « Alzheimer », a pris de l’avance, et plus un seul établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne s’ouvre sans une section dédiée. L’objectif de création de 1 822 places « Alzheimer » en 2004 et d’un nombre équivalent en 2005 sera tenu. En outre, la tarification de ces établissements et la fixation de leur dotation minimale tiendront désormais compte de ce facteur.

– Il n’est actuellement pas possible de servir l’APA aux résidents des foyers-logements, à moins que ceux-ci ne se transforment en EHPAD et ne se conventionnent. Cela dit, le gouvernement est disposé à reconsidérer la question. Par ailleurs, il est prévu de revaloriser le forfait de soins applicable aux foyers-logements.

– Le transport sur prescription médicale de résidents d’un EHPAD est possible, l’établissement étant considéré comme un substitut du domicile, mais il serait possible de prévoir des possibilités supplémentaires d’exonérations.

– La modernisation des EHPAD pour faire face au vieillissement nécessite de lourds investissements et le gouvernement réfléchit actuellement à une initiative qu’il pourrait prendre pour favoriser ceux-ci.

MM. Pierre Morange et Dominique Tian se sont interrogés sur le calendrier de la convergence des tarifications applicables aux hôpitaux publics et aux hôpitaux privés et notamment sur l'étape 2008.

En réponse aux différents intervenants, **M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, a apporté les précisions suivantes :

– Le taux de réponse aux questions des parlementaires est, s’agissant du ministère de la santé, de 60 % pour le PLFSS, ce qui est davantage que par le passé, mais de 24 % seulement pour les questions relatives au projet de loi de finances. Des dispositions sont prises pour que la situation soit redressée d’ici la fin de la semaine. Cela dit, il faut rappeler que le nombre de questions relatives au PLF a été de 469 cette année au lieu de 260 l’année dernière – ce qui peut être une explication, mais en aucun cas une excuse.

– Des réflexions du Premier président de la Cour des comptes, rappelées par le président Jean-Michel Dubernard, sur les réformes successives de l’assurance maladie, a été tirée la conclusion qu’une réforme de fond est nécessaire ; l’ambition de la réforme actuellement mise en œuvre est de mériter cette appellation. Pour mieux organiser et mieux gérer le système de santé, il convient avant tout de réduire les dépenses inutiles, les doublons, les gaspillages, que dénonce à juste titre la Cour des comptes et que l’on peut estimer entre 6 et 8 milliards d’euros. Le dossier médical partagé y contribuera. Rien qu’en obtenant des « gros prescripteurs » qu’ils se rapprochent des bonnes pratiques qui font largement consensus chez leurs confrères, on réalisera déjà des économies considérables. Il en va de même pour la consommation de médicaments, lorsque l’on songe que les trois quarts des boîtes vendues ne sont pas consommées entièrement, et qu’un cinquième ne sont même pas ouvertes !

– La question de la barémisation, abordée par le rapporteur général, est d’une grande complexité technique. Le « panier » de recettes transféré à l’ACOSS semble suffisamment dynamique, étant donné qu’il a évolué au même rythme que la masse salariale. Une clause de « revoyure » est cependant prévue pour 2007, afin d’évaluer le coût des allégements en 2006 et de vérifier qu’il n’y a pas de divergence significative.

– La loi du 13 août 2004, en faisant baisser le prix des génériques, a permis de réguler et de limiter les « marges arrière » des pharmaciens. C’est un sujet qui a fait l’objet d’une concertation entre le gouvernement et les représentants de la profession.

– Faut-il créer une nouvelle instance de réflexion et de concertation sur l’avenir de la sécurité sociale ? Le Haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie est à même de jouer ce rôle, en tout cas pour sa partie, et à condition qu’il le souhaite : c’est aux partenaires sociaux représentés en son sein qu’il appartient de le dire.

– La maîtrise médicalisée des dépenses doit s'appliquer à la médecine de ville comme à l'hôpital, ainsi qu'aux prescriptions externes ; une convention a d'ailleurs été signée avec les représentants des transporteurs.

– S'agissant des affections de longue durée, c'est la Haute autorité de santé qui produira, en fonction de critères purement scientifiques, les référentiels nécessaires et les protocoles de soins. Elle a choisi de commencer par le diabète, les affections psychiatriques et l'hypertension artérielle. Tout cela se fera dans la plus grande transparence, en liaison avec les associations de patients. La logique reste bien une logique médicalisée et il n'est pas question de changer les règles d'admission en ALD.

– Les efforts demandés à l'industrie du médicament sont compatibles avec le maintien, et même le développement du secteur. Le gouvernement a choisi de privilégier l'action sur les prix parce que c'est elle qui donne les résultats les plus lisibles.

– En matière de tarification à l'activité, il n'y a pas, à ce jour, de constat partagé sur les écarts de coûts. Le gouvernement a donc confié une mission à l'IGAS, et a renoncé à l'idée d'une étape intermédiaire en 2008. Le fait que la MECSS se soit saisie du sujet est de nature à nous éclairer. Il n'y a aucune raison pour que l'échéance de 2012 ne soit pas respectée.

– Les aides à la primo-installation sont l'un des éléments du débat en cours sur la démographie médicale. La question de la réinstallation est différente, mais des incitations peuvent être envisagées en faveur des zones sous-médicalisées.

– La nécessité d'accompagner les établissements qui se restructurent est une évidence. Les établissements les plus dynamiques sont ceux qui ont le plus à gagner à la tarification à l'activité (TAA), mais il faudra, au cours des prochaines années, organiser des complémentarités qui profitent à tous les établissements, quelle que soit leur taille.

– Certes, il est compréhensible M. Jean-Marie Le Guen ne partage pas l'enthousiasme du gouvernement ; cependant, il est regrettable qu'il ne lui fasse pas confiance. Le déficit annoncé pour 2005 était de 8 milliards d'euros ; il sera de 8,3 milliards. Il est donc permis d'espérer que l'objectif de 6,1 milliards annoncé pour l'an prochain sera tenu. Quant aux prévisions pluriannuelles, elles ne tiennent évidemment pas compte de l'éventualité de recettes plus fortes que prévu, ni de celle de mesures nouvelles.

– La participation forfaitaire de 18 euros pour les interventions médicales lourdes a vocation à être prise en charge par les complémentaires. Lorsque l'on entend certains de leurs représentants prétendre que cela pourrait les conduire à relever leurs tarifs de 6 ou de 9 %, ou encore que l'obligation d'informer leurs assurés va alourdir leurs frais généraux, on ne peut qu'être choqué, car ces complémentaires vont réaliser, d'un autre côté, des économies importantes grâce à la baisse du prix des médicaments.

– Les nouveaux médicaments mis sur le marché étaient au nombre de 196 en 2004, et de 60 au cours des neuf premiers mois de 2005, selon le CEPS. Il n'y a pas de liberté tarifaire, et seuls huit médicaments ont bénéficié, depuis 2003, de la procédure accélérée d'autorisation de mise sur le marché. Il faut, cela dit, rémunérer à leur juste prix les produits qui constituent une véritable innovation thérapeutique, tel le nouveau traitement de la polyarthrite rhumatoïde, pris en charge à hauteur de 1 463 euros par mois ; il s'ensuit qu'un nombre réduit de médicaments innovants ne correspond pas forcément à une réduction équivalente des montants remboursés.

– S'agissant de l'endettement des hôpitaux, 30 à 35 % des dépenses d'investissement des établissements correspondent à des remboursements d'emprunts, ratio que la Banque de France considère comme normal et acceptable.

– S'agissant des situations relatives des établissements publics et privés et de l'exactitude de l'information selon laquelle 70 % des hôpitaux sont endettés, une réponse écrite sera adressée ultérieurement sur le premier point ; s'agissant du second point, ce chiffre date de septembre 2005 et ne tient compte ni de la récente délégation de crédits de 350 millions d'euros récemment signée, ni de celle, imminente, d'un montant de 450 millions. Les dotations des établissements auront augmenté de 2 milliards d'euros en 2005 par rapport à 2004.

– Si le gouvernement s'estime fondé à dire que l'institution du médecin traitant est un succès, c'est parce que 32 millions de Français ont déjà choisi le leur, qui était déjà, dans la grande majorité des cas, leur médecin de famille. Les personnes résolument hostiles sont finalement peu nombreuses : 11 % de la population selon les enquêtes d'opinion, et il y a tout lieu de croire que ce pourcentage va encore baisser.

– Quant à la politique du médicament, également critiquée par M. Jean-Luc Préel, d'aucuns avaient au contraire reproché au gouvernement son manque de vigueur ; il s'agit en fait d'une politique équilibrée, qui reste dans le cadre conventionnel.

– S'agissant des frais de déplacement des praticiens libéraux, une mesure d'actualisation des barèmes kilométriques sera bientôt adoptée.

– Le gouvernement sait gré aux députés du groupe communiste et républicain de s'attacher à assortir leurs critiques de propositions, quand bien même celles-ci ne lui semblent pas opportunes. La discussion du projet en séance publique sera l'occasion de poursuivre le débat de fond évoqué par M. Maxime Gremetz.

– Les maisons médicales de garde doivent absolument être pérennisées, et c'est pourquoi le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville est chargé, entre autres, de cette mission. Grâce à un amendement voté l'an dernier par le Parlement, il dispose cette année de 60 millions supplémentaires, et sans doute de

150 millions en 2006, compte tenu des reliquats. Il reste à s'assurer que l'argent du FAQSV arrive bien sur le terrain.

– Un ensemble de mesures a été annoncé en faveur des praticiens hospitaliers, français ou étrangers, titulaires de diplômes étrangers. Quelque 600 places seront mises en 2006 aux concours qui leur sont réservés, dans toutes les spécialités.

– L'affectation à l'INPES de la taxe de 1,5 % sur les dépenses de publicité en faveur de certaines boissons sucrées vise bien à accroître les moyens de cet institut et il n'est pas question de chercher à réduire le montant de la participation de l'assurance maladie. Le gouvernement souhaite que la discussion de l'article 38 en séance publique permette de rassurer ceux qui, tel M. Gérard Bapt, s'en inquiéteraient.

– S'agissant enfin de la lutte contre le bioterrorisme et les menaces sanitaires, évoquée par M. Denis Jacquat, le choix qui a été fait en 2001 est celui d'un fonds de concours spécifique, alimenté par l'assurance maladie, mais qui pourra recevoir des financements supplémentaires si besoin est, car il n'est évidemment pas question de financer à moyens constants les actions qui seront nécessaires.

Répondant à une question de M. Jean-Pierre Door sur les moyens d'améliorer la situation du Fonds de solidarité vieillesse, **le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille** a précisé que le projet y pourvoit, tant par la suppression de l'« exportation » du minimum vieillesse que par les prélèvements anticipés sur les intérêts des PEL de plus de dix ans et par l'élargissement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS). Ces trois mesures ont un rendement cumulé de 253 millions d'euros. Tout ce qui permet de faire progresser l'emploi améliore les comptes du FSV en réduisant ses charges au titre des demandeurs d'emploi. Il a ensuite apporté les réponses suivantes aux questions des commissaires :

– En réponse à M. Jean-Luc Préel, il a indiqué que les retraites seraient revalorisées de 1,8 % en 2006.

– A M. Denis Jacquat, il a indiqué que le ministère a lancé une mission relative à la répartition entre le médico-social et le sanitaire. Il semble en effet que 20 % seulement des personnes âgées résidant dans des établissements de long séjour aient besoin d'un traitement hospitalier et que les autres devraient être en EHPAD. L'analyse doit être affinée avant que des mesures soient prises. Il faut se féliciter de l'enquête citée par M. Denis Jacquat, qui montre que, contrairement à une idée reçue, le taux d'encadrement n'est pas moindre en France qu'en Allemagne.

– En réponse à M. Jean-Pierre Door, les COG signées avec la branche famille et avec la branche vieillesse comportent toutes deux des indicateurs de performance et de suivi.

– S’agissant des souhaits de MM. Jean-Pierre Door et Gilles Carrez d’étendre à toutes les branches du régime général les dispositions ayant modifié la gouvernance de la branche maladie, la principale difficulté pour la branche famille est l’apprentissage de la gestion du risque et non plus seulement la rapidité des remboursements. Les autres branches ont une gestion beaucoup plus simple et qui donne satisfaction ; aussi la question ne se pose-t-elle pas dans les mêmes termes ni avec la même urgence pour toutes. S’agissant de la productivité du réseau des caisses d’allocations familiales, la COG prévoit 3 000 départs en retraite pour 2 100 recrutements, soit le non-remplacement d’un agent sur trois. Cela constitue un effort de productivité considérable, ainsi que le prouve la prise en charge, sans moyens supplémentaires, des prestations familiales de 500 000 fonctionnaires.

– La transformation, de nature juridique, du BAPSA en FFIPSA ne modifie pas son mode de financement ; une réflexion sur la résorption du déficit est en cours sous l’égide du ministère de l’agriculture, mais cela n’a pas d’impact sur les comptes des régimes de sécurité sociale.

– Conformément aux préoccupations de Mme Marie-Françoise Clergeau, les familles en situation de précarité seront aidées. Le Premier ministre a annoncé une réforme des minima sociaux qui favorisera le retour à l’emploi tout en instituant des mesures d’accompagnement. Ainsi, les bénéficiaires de l’allocation de parent isolé auront un accès privilégié aux modes de garde et à des formations. Quant au rapport de M. Martin Hirsch, il a constitué une source de réflexion précieuse lors de l’élaboration du projet de financement.

– S’agissant de la réforme du congé parental, le projet traduit les décisions prises lors de la conférence de la famille en ouvrant la possibilité d’un congé d’un an rémunéré à hauteur de 750 euros mensuels aux parents de trois enfants et plus. Le gouvernement table sur 50 000 bénéficiaires, et l’on peut espérer que ces prévisions seront dépassées. Selon les résultats obtenus, le gouvernement envisagera d’étendre la mesure pour le deuxième enfant, et éventuellement pour le premier enfant, mais il est encore prématuré d’en décider.

– L’allocation logement a été revalorisée de 1,8 % le 1^{er} septembre 2005. Pour ce qui est de la répartition de la charge des APL entre l’Etat et la branche famille, il est exact qu’une évolution a eu lieu : par souci de clarification, l’Etat paye désormais pour les célibataires et la branche famille pour les familles. Dans le même temps, la branche famille bénéficie de l’augmentation de la cotisation de l’Etat, passée de 5,2 % à 5,4 % pour un rendement de 100 millions d’euros, et de la réforme des tutelles et des curatelles, qui lui apporte 100 autres millions.

– Enfin, la COG garantit une augmentation de 7,5 % par an des crédits du fonds d'action sociale de la CNAF pendant les quatre prochaines années ; ainsi, 72 000 places de crèche auront pu être créées entre 2002 et 2008, ce qui représente un accroissement de 30 % du parc, sans qu'en pâtissent les autres actions sociales, et notamment les contrats « temps libre ».

M. Pierre Morange, président, a remercié les ministres pour leurs réponses précises. Il a souligné la durée exceptionnelle et la qualité des échanges avec les deux ministres, tous les nombreux députés présents qui le souhaitaient ayant pu s'exprimer longuement. Il a rappelé que la commission examinera les amendements à partir du mardi 18 octobre à 17 heures.

II.- EXAMEN DES ARTICLES

La commission a procédé à l'examen des articles du présent projet de loi au cours de ses séances des mardi 18 octobre 2005 et mercredi 19 octobre 2005.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2004

Article 1^{er}

Approbation au titre de l'exercice 2004 des tableaux d'équilibre

Conformément à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, cet article propose d'approver les données définitives du dernier exercice clos, c'est-à-dire de l'exercice 2004. Cet article fait partie du *corpus* de dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale.

En application du 1[°] du A du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement « *approuve les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de cet exercice* ». C'est ce que propose le 1[°], le 2[°], le 3[°] et le 4[°] de cet article. Le 5[°] et le 6[°] concernent respectivement les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et le montant de la dette amortie en 2004 par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), conformément au 2[°] du A du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

La notion de « tableau d'équilibre » renvoie à l'impossibilité juridique d'établir les comptes, au sens strict du mot, de « l'ensemble des régimes », faute de personnalité morale. En effet, si une caisse locale ou nationale, un organisme concourant au financement d'un ou des régimes obligatoires de base et un établissement gérant un régime peuvent établir leurs comptes et *in fine* les faire certifier, ce n'est pas le cas d'un régime, d'un ensemble de régimes ou d'un ensemble d'organismes, notions qui ne correspondent ni à une réalité juridique ni à une personne morale.

En outre, s'agissant des régimes, ces tableaux d'équilibre sont présentés par branche. Cette présentation appelle quelques observations, qui valent d'ailleurs pour tous les tableaux d'équilibre que comporte le présent projet.

D'abord, comme le précise l'unique phrase de l'exposé des motifs, il est impossible d'agréger les montants des différentes branches pour retrouver les montants totaux ; les opérations de transfert entre branches sont en effet neutralisées. Lors du calcul des dépenses et recettes de l'ensemble des branches, il

est nécessaire de neutraliser les transferts entre les branches. Cette neutralisation consiste, pour chaque transfert, à déduire son montant des dépenses de la branche qui le verse et symétriquement à le déduire des produits de la branche qui le reçoit. Cette neutralisation est nécessaire pour éviter que certains montants de dépenses ou de recettes ne soient comptabilisés deux fois. Par exemple, le congé de paternité donne lieu à un transfert entre la branche famille et la branche maladie. Cette prestation est versée par les régimes d'assurance maladie, mais elle leur est remboursée par la branche famille. Dans le compte de la branche famille figure une charge correspondant à ce remboursement. Dans le compte de la branche maladie figurent un produit égal au remboursement par la branche famille, et une charge correspondant au coût de la prestation. Si, pour le calcul de l'agrégat « toutes branches », on ne neutralisait pas le transfert, on compterait dans les charges à la fois le coût de la prestation pour les régimes maladie et le remboursement par la branche famille. Du côté des produits, on compterait à la fois le remboursement reçu par la branche maladie et les produits de la branche famille qui servent au paiement du remboursement aux régimes maladie. On compterait donc deux fois le coût du congé paternité et deux fois son financement.

Ensuite, à titre de rappel, les lois de financement de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 comprise, conduisaient le Parlement à adopter des prévisions de recettes par catégorie et non par branche. Il est donc difficile de faire des comparaisons avec les tableaux d'équilibre pour 2006. Malgré son intérêt intrinsèque, la lecture de l'article montre les limites du dispositif : sans appréciation des dynamiques qui portent les résultats, prendre connaissance des chiffres pour un seul exercice n'est pas suffisant. De plus, si les éventuels frais financiers sont bien intégrés comme des dépenses, l'article ne donne pas d'informations sur les soldes cumulés des divers organismes et sur les bilans des organismes.

En outre, les tableaux et les dotations sont présentés en milliards d'euros arrondis à la première décimale. Mais les arrondis des soldes se rapportent non aux arrondis, mais aux chiffres exacts, ce qui peut créer une certaine confusion.

Enfin, en ce qui concerne l'organisation de la discussion parlementaire, la plus grande vigilance s'impose. En effet, la présentation des projets de loi de financement de la sécurité sociale exige une cohérence entre les tableaux d'équilibre (comprenant recettes, dépenses et soldes) et les autres articles relatifs aux prévisions de recettes et aux objectifs de dépenses. A titre illustratif, proposer de modifier par amendement un objectif de dépenses de branche doit conduire par cohérence à proposer également de modifier le tableau d'équilibre correspondant.

Le 1^o de cet article concerne le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Les chiffres font apparaître un solde négatif de - 11,5 milliards d'euros. Ce solde historiquement bas est principalement dû à la situation financière très tendue de la branche maladie, dont le solde négatif atteint - 11,7 milliards d'euros. En 2004, seule la branche vieillesse connaît un léger excédent, de l'ordre de 600 millions d'euros.

Le 2° de cet article concerne le tableau d'équilibre du seul régime général. Les chiffres font apparaître un déficit de - 11,9 milliards d'euros. Si les recettes et les dépenses du régime général représentent environ 75 % des recettes et dépenses de l'ensemble des régimes, son déficit est à peu près équivalent à celui du déficit de l'ensemble des régimes de base. Le gouvernement présente les comptes définitifs en termes comptables stricts et a intégré le dernier versement d'avril 2004 de la CADES à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) au titre du solde des dettes du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) dans les recettes des branches du régime général. La Cour des comptes estime que ce versement devrait être considéré comme une ressource exceptionnelle ; dès lors, selon ses calculs, le déficit 2004 du régime général s'établirait à - 13,2 milliards d'euros.

Le 3° de cet article propose d'approuver le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base. Pour l'exercice 2004, il s'agit d'une part du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et d'autre part de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui a financé la composante médico-sociale de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) de 2004. Le solde 2004 du FSV se monte à - 0,6 milliard d'euros, celui de la CNSA à 0, les recettes et les dépenses, de l'ordre de 100 millions d'euros, s'équilibrant.

Le rapporteur souligne que ces chiffres ne reflètent que l'activité de la CNSA en 2004 dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale. En 2004, l'activité de la CNSA a consisté à contribuer au financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées pour un montant total de 145,3 millions d'euros ; en effet, l'activité de la CNSA qui concerne le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (*cf. supra* l'exposé général) n'entre pas dans le champ de la loi de financement.

Le 4° propose d'approuver le montant des dépenses constatées en 2004 entrant dans le champ de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie : 130,2 milliards d'euros. Cet objectif avait été fixé par la loi de financement pour 2004 à 129,7 milliards d'euros et rectifié par l'article 41 de la loi de financement pour 2005 à 131 milliards d'euros.

Par rapport aux prévisions révisées, le dépassement, d'un montant de 500 millions d'euros, est donc revu à la baisse, essentiellement en raison de la progression ralentie des soins de ville (décélération des montants des indemnités journalières et des honoraires des professionnels libéraux). Le dépassement sur les versements aux établissements atteint 500 millions d'euros.

Conformément au 2° du A du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, l'article propose également d'approuver le montant de la dotation 2004 au Fonds de réserve pour les retraites (5° de l'article 1^{er} du projet de loi) et l'amortissement de la dette sociale en 2004 (6°).

Le 5° propose d'approuver le montant de la dotation 2004 au Fonds de réserve pour les retraites, soit 2,2 milliards d'euros. Cette dotation correspond pour l'essentiel (84 %) au reversement de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) enregistré en 2003 et à la part du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital. A cette dotation du FRR pour l'exercice 2004 s'ajoutent les produits financiers réalisés par le FRR sur le même exercice (375 millions d'euros).

Enfin, le 6° propose d'approuver le montant de la dette amortie par la CADES en 2004, c'est-à-dire un montant de 3,3 milliards d'euros. Ce montant correspond à la dette sociale remboursée par la CADES en 2004 : il s'agit de la recette annuelle de la CRDS à laquelle est soustraite la charge des intérêts. A titre d'information, le produit annuel de la CRDS est de l'ordre de 5 milliards d'euros. Selon les données fournies par la CADES, à la fin de l'année 2004, la caisse :

- devait reprendre une dette votée d'un montant de 110 milliards d'euros ;
- avait effectivement repris un montant total de dettes de 92,4 milliards d'euros (les déficits prévisionnels de l'assurance maladie de 2005 et 2006 ne sont pas compris dans cet agrégat) ;
- avait déjà amorti un montant de 26,6 milliards d'euros ;
- avait enregistré une situation nette négative de - 65,7 milliards d'euros.

*

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

Article 2

Approbation du rapport figurant en annexe A et précisant les modalités d'affectation des excédents ou de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2004

Cet article propose d'approuver le rapport figurant en annexe A du présent projet et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er} du présent projet (*cf. supra*), des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2004. Cet article fait partie du *corpus* de dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale.

Les tableaux d'équilibre présentés à l'article 1^{er} du présent projet (*cf. supra*) montrent que, à l'exception de la branche vieillesse, toutes les branches sont en déficit en 2004. Le FSV est également en déficit. La principale problématique du présent article est donc de présenter le mode de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2004. Cette notion de « *couverture* », bien qu'employée par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité

sociale, ne recouvre aucune réalité économique ou juridique. Elle confond notamment besoin de trésorerie et besoin structurel de financement.

Conformément au 2° du A du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article propose l'approbation d'un rapport annexé. Contrairement au rapport annexé prévu par la loi organique de 1996, ce rapport annexé est riche d'enseignements et, aux yeux du rapporteur, fait partie des apports les plus importants de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale en raison de la transparence accrue des comptes sociaux qu'il garantit. Il est divisé en deux parties :

– une partie consacrée aux régimes obligatoires de base, partie qui se décompose ensuite en branches ;

– une partie consacrée aux organismes concourant au financement de ces régimes, ce qui, pour l'exercice 2004, se limite au FSV (la CNSA étant en équilibre).

- *Le régime général*

- *La branche maladie*

Le rapport se limite au régime général et aborde d'abord la principale source du déficit de l'exercice 2004 : le déséquilibre de la branche assurance maladie du régime général, soit un montant total de - 11,6 milliards d'euros.

L'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dispose que la CADES reprend les déficits cumulés de la branche maladie au 31 décembre 2003 et le déficit prévisionnel de 2004, pour un montant total de 35 millions d'euros.

Or le montant du déficit de la branche maladie de l'exercice 2004 a été légèrement surestimé par rapport aux prévisions données lors de la discussion de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Les montants cumulés de déficits au 31 décembre 2004 ont atteint 33,31 milliards d'euros au lieu des 35 milliards d'euros initialement prévus. Le rapport figurant en annexe A indique qu'une « *régularisation* » d'un montant de 1,69 milliard d'euros sera opérée lors de la reprise par la CADES du déficit de l'année 2005.

Cette « *régularisation* » est possible dans la mesure où la rédaction de l'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie indique que le portage des déficits de l'assurance maladie sur les années 2005 et 2006 est réalisé « *dans la limite* » de 15 milliards d'euros. Il est donc tout à fait conforme à la loi relative à l'assurance maladie que la CADES reprenne moins que 15 milliards d'euros au titre des exercices 2005 et 2006.

— La branche vieillesse

Dans la partie relative au régime général, le rapport évoque ensuite le résultat 2004 de la branche vieillesse. L'excédent 2004 de la branche vieillesse du régime général atteint 254,6 millions d'euros. Conformément à l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale, ce montant doit être affecté en 2005 au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), comme ce fut le cas pour les exercices excédentaires précédents. L'adoption formelle de cette mesure d'affectation est proposée à l'article 5 du présent projet (*cf. infra*).

— Les branches famille et accidents du travail – maladies professionnelles

Enfin, le rapport évoque la question des déficits des branches famille et accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP) du régime général. Selon le gouvernement, compte tenu de leurs montants, ces déficits ne nécessitent pas de mesures spécifiques. Ils sont donc financés par des mesures de trésorerie (ce qui occasionne des frais financiers), dans la limite des plafonds d'avance fixés par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

• *Le FSV*

Le rapport aborde ensuite la question des résultats des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base en 2004, c'est-à-dire le FSV, qui a connu un déficit de 638,5 millions d'euros. En effet, le Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA) n'a été créé qu'au 1^{er} janvier 2005 ; la CNSA n'est intervenue en 2004 que pour doter la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) d'un montant de 144 millions d'euros.

S'agissant du FSV, prenant acte que le fonds ne peut pas emprunter et qu'il ne perçoit pas de dotation d'équilibre de la part de l'Etat, le gouvernement propose de constater ce déficit en l'inscrivant au bilan en fonds de roulement négatif.

*

M. Maxime Gremetz a indiqué qu'il voterait contre l'adoption de l'article.

La commission a *adopté* l'article 2 sans modification.

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

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2005

Section 1

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

Article 3

Rectification pour 2005 des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général

Conformément au 1° du B du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article propose de rectifier les tableaux d'équilibre et les prévisions de recettes d'une part des régimes obligatoires de base dans leur ensemble et du régime général d'autre part.

Cet article fait partie du *corpus* de dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale. Il est le premier article de la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale, partie relative à l'année en cours, c'est-à-dire 2005.

Pour les prochains projets de loi de financement de la sécurité sociale, le rapporteur formule le voeu que, lorsque cela est possible, l'exposé des motifs de chaque disposition rectificative comporte, pour la meilleure information du lecteur, les prévisions initiales adoptées dans la loi de financement de la sécurité sociale précédente (recettes, dépenses et solde). Une approche en pourcentages serait également appréciée : il est en effet difficile de comparer l'ampleur des rectifications entre les branches lorsqu'elles sont présentées en valeur absolue.

Quelques observations de méthode relatives à l'ensemble des dispositions rectificatives s'imposent.

Ainsi, les objectifs de dépenses de branche ne concernent, pour l'année 2005 et conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, que les régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres. En outre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 n'a pas fixé des prévisions de recettes par branche mais par catégorie. Cependant, l'annexe C au projet de loi retrace l'évolution des recettes par catégories sur 2004, 2005 et 2006. Enfin, comme pour l'article 1^{er} du présent projet (*cf. supra*), l'agrégation des objectifs de dépenses des branches ne permet pas de reconstituer les soldes totaux, en raison des mouvements interbranches.

Le 1° de cet article concerne les rectifications proposées sur le champ de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Les objectifs de dépenses rectifiés sont cohérents avec l'article 7 du présent projet qui fait le point sur les

rectifications des objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes (*cf. infra*). Le déficit 2005 de l'ensemble des régimes de base de la sécurité sociale devrait donc se monter à - 12,9 milliards d'euros, dont - 9,4 milliards d'euros pour la seule branche maladie. Ce résultat 2005 de la branche maladie trouve ses causes dans la relative modération des charges de l'assurance maladie et dans l'augmentation des produits. L'apparition d'un déficit important du régime agricole se trouve en partie atténuée par le léger excédent de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), si bien que la stabilisation du déficit du régime général (*cf. infra*) ne suffit pas à stabiliser le solde global de l'ensemble des régimes obligatoires de base, qui se dégrade encore par rapport au solde 2004.

Le 2^o de cet article concerne les rectifications opérées sur le champ du régime général. Le rapport de septembre 2005 de la commission des comptes de la sécurité sociale explique ainsi les rectifications opérées en matière de recettes des branches du régime général :

- pour la branche maladie, on constate une moins-value de 500 millions d'euros au titre de la révision de la masse salariale et une revue à la hausse de la prévision du produit de la CSG (300 millions d'euros)
- pour la branche vieillesse, la moindre croissance de la masse salariale conduit à une moins-value de 280 millions d'euros (mais les transferts du FSV augmentent de 100 millions d'euros) ;
- pour la branche famille, la révision à la baisse de la masse salariale annule le surcroît de produits constatés en 2004 ;
- pour la branche AT-MP, l'impact de la révision de la masse salariale conduit à une moins-value de l'ordre de 50 millions d'euros.

S'agissant des dépenses, à la relative modération de la progression des dépenses remboursées d'assurance maladie (l'ONDAM, bien que fixé à un niveau historiquement bas, est respecté en 2005) s'oppose le dynamisme des dépenses des branches vieillesse et famille. Le dynamisme des produits du régime général en 2005 (+ 4,9 % par rapport à + 4 % en 2004 et + 3,1 % en 2003) permet de réduire le déficit de la branche maladie mais la croissance des charges des autres branches exerce une force contraire.

Le déficit 2005 du régime général de la sécurité sociale devrait donc se monter à - 11,9 milliards d'euros, dont - 8,3 milliards d'euros pour la seule branche maladie. Le déficit 2005 est donc égal au déficit 2004 malgré la réduction significative de 25 % du déficit de la branche maladie. Selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, le taux de couverture des charges du régime général par ses produits atteint 95,5 % (il n'est que de 93,6 % pour la branche maladie).

Pour avoir un aperçu de la situation financière 2005 de l'ensemble de la sécurité sociale au sens de la loi de financement, il faut consolider ces chiffres avec les rectifications portant sur les recettes et les dépenses des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, ce à quoi procède l'article suivant (*cf. infra*).

*

Après les demandes d'explication de **M. Jean-Luc Préel** et de **M. Maxime Gremetz**, la commission a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, visant à rendre la présentation du texte conforme à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale en complétant la rédaction de l'article 3 par le contenu de l'article 4 du projet afin qu'il puisse être procédé à un vote unique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a souligné que l'adoption de l'amendement ne fait tomber aucun autre amendement.

La commission a *adopté* l'article 3 ainsi modifié, **M. Maxime Gremetz** ayant exprimé son opposition à cet article.

Article 4

Rectification pour 2005 des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Conformément au 1° du B du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article – dépourvu de tout exposé des motifs – propose de rectifier les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base pour l'année en cours, c'est-à-dire 2005.

Cet article fait partie du *corpus* de dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale. A titre de rappel, en 2005, le périmètre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base diffère de l'exercice 2004 et de l'année 2006. En effet, le FFIPSA, créé au 1^{er} janvier 2005, est réintégré dans ce périmètre, qui compte également le FSV et la CNSA.

Conformément à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'annexe 8 jointe au présent projet présente les comptes du FSV, du FFIPSA et de la CNSA.

• *Le FFIPSA*

Le fait marquant de l'année 2005 est l'apparition d'un déficit très important du régime agricole (FFIPSA) : - 1,724 milliard d'euros. L'insuffisance de financement est supérieure de 390 millions d'euros à celle qui avait été prévue

dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, principalement en raison de la croissance forte des dépenses d'assurance maladie (210 millions d'euros). Le rapporteur souligne que ce déficit est le compte de résultat prévisionnel de l'année 2005 et n'intègre pas les dettes cumulées depuis 2004 du BAPSA. Le bilan d'ouverture du FFIPSA au 1^{er} janvier se soldait par un déficit de - 3,161 milliards d'euros. L'article 6 de la loi de financement pour 2005 prévoyait que le gouvernement remet au Parlement un rapport sur la situation du FFIPSA avant le 31 mars 2005. Ce rapport n'a pas été rendu.

• *Le FSV*

Le FSV est en déficit depuis 2001 et son déficit 2005 devrait atteindre 2,047 milliards d'euros, contre - 639 millions d'euros en 2004.

Cette situation dégradée correspond à un décalage structurel entre des charges en forte augmentation, notamment du fait de la morosité du climat économique, et des produits très variables mais dans l'ensemble peu dynamiques. La dégradation très forte du déficit 2005 s'explique aussi par la baisse significative du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) : 1,3 milliard d'euros en 2004 contre 200 millions d'euros en 2005, soit une baisse de 84 %.

• *La CNSA*

La caisse monte progressivement en charge en 2005, qui reste une année de transition : le conseil de la CNSA est installé, son directeur a été nommé en juillet et la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) est recouvrée sur une année pleine. Les missions de la CNSA sont précisées par l'article 100 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

En 2005, l'essentiel de ses ressources est constitué d'une fraction du produit de la CSG (948 millions d'euros) et du produit de la CSA (1936 millions d'euros). Son apport en matière de contribution aux régimes d'assurance maladie pour financer la création de places dans les établissements accueillant des personnes âgées et, fait nouveau par rapport à 2004, des personnes handicapées augmente par rapport à 2004 pour atteindre environ 500 millions d'euros. Cette participation est financée dans la limite d'une fraction du produit de la CSA, si bien que les dépenses sont, par construction, égales aux ressources.

*

Par coordination, la commission a *adopté* un amendement de suppression de l'article de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes.

La commission a donc *supprimé* l'article 4.

Article 5

Rectification pour 2005 de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale – Rectification pour 2005 des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites

Conformément au 3° du B du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article propose de rectifier, d'une part, l'objectif d'amortissement de la dette sociale et, d'autre part, le montant des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Cet article – qui comme l'article 4 ne comporte pas d'exposé des motifs – fait partie du *corpus* des dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale. Compte tenu de l'absence de dispositions dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 concernant l'objectif d'amortissement de la dette sociale et la contribution au FRR, la comparaison avec les prévisions initiales est difficile. L'exercice aura plus d'intérêt à partir de l'exercice 2006, puisque la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 fixera formellement les soldes prévisionnels du FSV et du FFIPSA, de la dotation au FRR et de l'amortissement annuel de la dette sociale par la CADES.

• *La CADES*

L'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,4 milliards d'euros. A titre de comparaison, l'amortissement 2004 atteint 3,345 milliards d'euros et l'amortissement 2006 est fixé à 2,365 milliards d'euros. Dans un contexte où le niveau des ressources reste stable, la diminution de l'amortissement annuel entre 2004 et 2005, en hausse constante depuis 2001, correspond à l'impact de la reprise supplémentaire de dette sociale portée par la CADES conformément à la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

• *Le FRR*

Au titre de l'année 2005, les prévisions rectifiées des dotations du Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 1,5 milliard d'euros. Parmi les dotations 2005 figure l'excédent 2004 de la CNAVTS, pour un montant de 254,6 millions d'euros. Entre 2004 et 2004, au titre des excédents constatés de 2000 à 2004, la CNAVTS a versé 5,4 milliards d'euros. Le montant de la fraction de 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital s'est monté à 1,217 million d'euros, contre 1,211 milliard en 2004.

*

La commission a *adopté* l'article 5 sans modification, **M. Maxime Gremetz** et **Mme Jacqueline Fraysse** ayant exprimé leur opposition à l'adoption de cet article.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Contribution pour 2005 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave

Cet article a pour objet de fixer à 176 millions d'euros pour 2005 le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours destiné à pourvoir à l'achat, à la livraison et au stockage de produits nécessaires en cas de menace sanitaire grave.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel de suppression de l'article au motif que la prise en charge des menaces sanitaires graves est une mission régaliennes de l'Etat. **M. Jean-Luc Préel** a souligné qu'il n'appartient pas à l'assurance maladie de la financer.

M. Maxime Gremetz a jugé qu'il n'est pas acceptable de faire payer à l'assurance maladie une mission qui relève de l'Etat.

Mme Martine Billard s'est jointe aux remarques des deux orateurs et a estimé d'autant plus fondée la suppression de l'article que le gouvernement annonce et fait annoncer partout que l'Etat financera la lutte contre la grippe aviaire.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'amendement, en estimant au contraire justifiée la participation de l'assurance maladie à la lutte contre les menaces sanitaires graves. Cette contribution, destinée à des produits de santé, constitue en effet une dépense d'investissement au titre de la prévention, qui se traduira par des économies futures si la menace devait se concrétiser. Au reste, il convient de rappeler qu'aux termes de l'article 1^{er} de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, « *les organismes d'assurance maladie (...) concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat* ».

M. Jean-Luc Préel a alors estimé qu'en conséquence le rapporteur ne pourra qu'être favorable à un amendement tendant à créer, à l'article 43 du projet de loi, un sous-objectif consacré aux actions de prévention et d'information au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), tout en

maintenant son opposition de principe au transfert à l'assurance maladie de responsabilités qui relèvent pleinement des missions régaliennes de l'Etat.

M. Pierre Morange, président, a jugé préférable d'évoquer cette question lors de l'examen de l'article 43, en précisant toutefois que cet amendement serait déclaré irrecevable dans la mesure où la définition des sous-objectifs relève de la seule compétence gouvernementale.

La commission a *adopté* l'amendement de suppression de M. Jean-Luc Préel et a donc *supprimé* l'article 6.

Article additionnel après l'article 6

Prise en compte du « plan autisme » dans les dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

La commission a *adopté* un amendement portant article additionnel de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, visant à accroître la fraction des ressources de la CNSA affectées au financement des actions en faveur des personnes handicapées afin de financer l'accélération de la mise en œuvre du plan autisme en 2005. La dépense supplémentaire est de 34 millions d'euros, ce qui portera à 150 millions d'euros la contribution de la CNSA au financement des établissements médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes handicapées.

M. Maxime Gremetz a fait part de son opposition à l'adoption de l'amendement, tandis que **Mmes Marie-Françoise Clergeau, Danièle Hoffman-Rispal et Hélène Mignon** ont déclaré s'abstenir.

Article 7

Rectification pour l'année 2005 des objectifs de dépenses de branche des régimes obligatoires de base

Conformément au 2° du B du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article propose de rectifier les objectifs de dépenses par branche pour l'année en cours, c'est-à-dire 2005.

Cet article fait partie des dispositions obligatoires des lois de financement de la sécurité sociale. Son périmètre est très large puisqu'il comprend tous les régimes obligatoires de base.

Comme dans d'autres articles de cette deuxième partie du projet de loi relative aux dispositions rectificatives, il serait pertinent qu'il y ait un exposé des motifs et qu'il rappelle notamment les dispositions initiales du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, données rectifiées par le présent article. Le tableau suivant fait le point sur les rectifications opérées pour 2005.

**Rectifications des objectifs de dépenses de branche 2005
pour l'ensemble des régimes de base**

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses initiaux (loi de financement de la sécurité sociale pour 2005)	Objectifs de dépenses révisés	Evolution en %
Maladie	148,3	149,7	+ 0,94 %
Vieillesse	156,7	155,2	- 0,96 %
Famille	46,2	51,2	+ 10,08 %
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,5	10,7	+ 1,90 %
Toutes branches	361,7	362,1	+ 0,11 %

Le rapport de septembre 2005 de la commission des comptes de la sécurité sociale dresse par branche les motifs des rectifications d'objectifs de dépenses de branche (pour le régime général). S'agissant de la branche maladie, si les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM sont en augmentation modérée, des économies constatées en 2004 (réduction des frais financiers, moindres coûts de gestion, remboursements des régimes étrangers) ne se répètent pas en 2005. Pour la branche famille, le dynamisme des dépenses au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), des allocations logement et des prestations d'action sociale explique la rectification à la hausse. Enfin, la branche vieillesse voit ses prévisions de dépenses liées aux prestations (retraites anticipées notamment) et aux compensations et transferts rectifiés à la hausse.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, visant à rendre la présentation du texte conforme à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale en complétant la rédaction de l'article 7 par le rappel des prévisions rectifiées des objectifs de dépenses des branches du régime général en 2005.

La commission a *adopté* l'article 7 ainsi modifié, **M. Maxime Gremetz** et **Mme Jacqueline Fraysse** ayant exprimé leur opposition à l'adoption de cet article.

Article 8

Rectification pour 2005 de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Cet article propose de fixer à 134,9 milliards d'euros le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) « rectifié » de

l'ensemble des régimes obligatoires de base pour l'année 2005, soit un montant identique à celui fixé par la précédente loi de financement de la sécurité sociale.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 8 sans modification, **M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse** ayant souligné qu'ils étaient défavorables à l'adoption de l'article.

Puis la commission a *adopté* la deuxième partie du projet de loi ainsi modifiée.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2006

Article 9

Approbation du rapport figurant en annexe B et décrivant pour 2006-2009 les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement

Conformément au 1° du C du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction modifiée par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, cet article propose d'approuver le cadrage pluriannuel des dépenses et des recettes de la sécurité sociale sur la période 2006 à 2009, soit une période de quatre ans.

Ce cadrage est présenté dans un rapport joint au présent projet et figurant en annexe B ; conformément à l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale, ce rapport « *décrit les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.*

 »

Le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, dit « *rapport économique et financier (REF)* », comporte un rapport sur

la programmation pluriannuelle des finances publiques pour 2007-2009, auquel le rapport figurant en annexe B du présent projet fait référence.

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

- le rappel des hypothèses sous-tendant les prévisions ;
- des développements sur l'état des finances de la sécurité sociale de 2006 à 2009 ;
- des prévisions de recettes et de dépenses 2006-2009 pour l'ensemble des régimes, le régime général et les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Le scénario proposé s'appuie sur les hypothèses moyennes suivantes annuelles sur la période 2006 à 2009 :

– *le PIB augmenterait en volume de 2,6 %* ; ce scénario repose sur une croissance effective légèrement supérieure à la croissance potentielle (estimée à + 2,25 %) ;

– *la masse salariale du secteur privé augmenterait de 4,45 %* ; cette hypothèse traduit la stabilité de la répartition de la valeur ajoutée entre le capital et le travail ;

– *les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM augmenteraient de 2,2 %* ; compte tenu de l'historique des prévisions et des réalisations de l'ONDAM depuis 1996, ce niveau ambitieux exige l'application vigoureuse des mesures de maîtrise médicalisée et l'application sans faille de la loi relative à l'assurance maladie ; le respect de ce taux d'ONDAM sur les années 2006 à 2009 est une gageure, que seule l'action résolue et déterminée du gouvernement permettra effectivement de tenir (pour mémoire, le taux de progression de l'ONDAM pour 2006 est fixé à + 2,5 %) ;

– *l'inflation hors tabac atteindrait 1,8 %*, variable conforme à l'évolution observée depuis 2002.

Comme le précise le rapport figurant en annexe B, il s'agit d'un scénario intermédiaire par rapport aux deux scénarios présentés dans le rapport économique et financier, qui développe un scénario « volontariste » et un scénario « prudent ». Dans le scénario prudent, les administrations de sécurité sociale vont « à l'équilibre » en 2009. Dans le scénario haut, la dette sociale pourrait diminuer dès 2008, l'annexe au projet de loi de finances ne donne pas de précisions sur les modalités de cette réduction. Le rapporteur estime que par coordination et pour la meilleure information des parlementaires, il aurait été préférable de reprendre les hypothèses sous-tendant les deux scénarios présentés et d'évaluer l'impact de chacun des scénarios sur l'évolution prévisionnelle des finances des régimes et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

• *Les branches*

Selon les hypothèses retenues par le rapport figurant en annexe B (*cf. supra*), les déficits des régimes obligatoires de base de sécurité sociale diminueraient sensiblement sur la période considérée. Le solde de la branche maladie du régime général deviendrait positif en fin de période. La progression ralentie des charges de la branche accidents du travail – maladies professionnelles conduirait à un solde positif en 2009. En raison du poids financier représenté par l'arrivée à l'âge de la retraite, le déficit de la branche vieillesse s'accroîtrait significativement et atteindrait - 2,9 milliards d'euros en 2009 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base (- 2,2 milliards d'euros pour le seul régime général). S'agissant de la branche famille, les coûts occasionnés par la mise en place de la PAJE se font sentir jusqu'en 2007 ; le solde deviendrait positif en 2009 à + 0,3 milliard d'euros.

• *Les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base*

L'annexe indique que, sur la période, dans l'hypothèse de l'absence de versement d'une subvention d'équilibre par l'Etat, le déficit annuel du FFIPSA se monte à 2 milliards d'euros. Les déficits *cumulés* du FFIPSA, suivant ces hypothèses, atteindraient 7,2 milliards d'euros de 2006 à 2009.

Quant au FSV, son solde négatif devrait se réduire sur la période en raison de l'amélioration prévue de la situation économique, ayant un impact sur la prise en charge des cotisations vieillesse par le fonds. En 2009, pourtant, son solde resterait négatif. Les déficits *cumulés* du FSV, suivant ces hypothèses, atteindraient 4,5 milliards d'euros de 2006 à 2009.

*

La commission a *adopté* l'article 9 sans modification, **M. Maxime Gremetz** et **Mme Jacqueline Fraysse** ayant exprimé leur opposition.

Section 1

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

Article additionnel avant l'article 10

Création d'un groupe de travail au sein de la commission des comptes de la sécurité sociale destiné à étudier les pistes de réforme du financement de la sécurité sociale

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, a présenté un amendement portant article additionnel et proposant de créer un groupe de travail au sein de la commission des comptes de la sécurité

sociale. Ce groupe de travail, animé par le secrétaire général permanent, étudierait les pistes de réforme du financement de la sécurité sociale et rendrait un rapport particulier consacré à ce sujet. Plutôt que de mettre en place une structure supplémentaire, il est préférable de créer au sein de la commission des comptes de la sécurité sociale, qui rassemble toutes les personnalités intéressées aux questions de financement de la sécurité sociale, un groupe de travail *ad hoc*. La rédaction de l'amendement est suffisamment souple pour laisser au décret et à la concertation le soin de préciser la composition et le fonctionnement de cette instance.

M. Maxime Gremetz a jugé que si l'intention du rapporteur est bonne, le dispositif proposé n'est pas satisfaisant. Il ne convient pas de confier à une structure comptable le soin de faire des propositions et des choix, par exemple sur la définition de l'assiette de cotisation ou la taxation des profits financiers, qui relèvent bien du politique. La réflexion doit être menée avec les partenaires sociaux, à l'image des travaux conduits par le Conseil d'orientation des retraites, qui est un bon exemple d'instance de concertation.

M. Jean-Luc Préel a considéré que la question soulevée par le rapporteur est opportune car il y a de grands débats, par exemple, sur le transfert des exonérations de cotisations sociales ou sur la mise en place d'une TVA sociale. Mais ces questions doivent être tranchées par les politiques et il ne convient pas de les renvoyer à un groupe de travail s'occupant de questions comptables.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que le groupe de travail relèverait non de la Cour des comptes mais de la commission des comptes de la sécurité sociale, qui est une instance adaptée pour réunir des experts et des partenaires sociaux afin de discuter des possibilités du financement de la sécurité sociale. Bien évidemment, les politiques seront ensuite amenés à trancher.

M. Bernard Perrut a rappelé que plusieurs des membres de la commission siègent à la commission des comptes de la sécurité sociale, qui se réunit en formation plénière deux fois par an. Cette commission constitue un bon cadre pour former un groupe de travail, de réflexion et de proposition. La difficulté tient à la composition de ce groupe de travail qui devra être précisée. En tout état de cause, les élus devront en faire partie.

M. Claude Evin a rappelé que M. Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, avait demandé au secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale de mettre sur pied trois groupes de travail dont un sur le financement de la sécurité sociale. Il n'y a pas eu de publication des travaux de ces groupes de travail. Ce que propose le rapporteur a donc déjà été engagé par le ministère.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a émis l'hypothèse que cette demande du ministre n'a pas été suivie d'effet.

M. Maxime Gremetz a estimé qu'un groupe de travail pluraliste est nécessaire pour débattre des nouveaux modes de financement de la sécurité sociale. L'amendement du rapporteur devrait être plus précis afin que le groupe de travail soit à l'image de la commission des comptes et permette des échanges multiples, fournisse des documents de travail et garantisse le débat avec les partenaires sociaux. L'amendement est trop vague alors que la décision en la matière revient aux politiques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué qu'il propose une rédaction souple afin de laisser au décret toutes les possibilités d'adaptation.

M. Pierre Morange, président, a observé que la proposition d'amendement rejoint les réflexions des différents groupes politiques sur l'intérêt d'une instance de réflexion et qu'elle est orientée dans le bon sens.

Mme Martine Billard s'est interrogée sur la nécessité de recourir à une disposition législative pour créer un groupe de travail.

La commission a *adopté* l'amendement, **M. Maxime Gremetz** et **Mme Jacqueline Fraysse** ayant indiqué qu'ils souhaitaient s'abstenir.

Article 10

Conditions d'assujettissement des intérêts des plans d'épargne logement aux prélèvements sociaux

Cet article propose de modifier le code de la sécurité sociale et le code général des impôts afin de changer les conditions d'assujettissement des revenus tirés des plans d'épargne logement (PEL) à la contribution sociale généralisée (CSG), à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), à la contribution solidarité pour l'autonomie (CSA) et au prélèvement social de 2 % sur les revenus de placement.

Il ne s'agit en aucun cas de créer un nouveau prélèvement mais de modifier les conditions de prélèvement de contributions existantes. Le dispositif s'applique exclusivement aux PEL de plus de dix ans.

La durée contractuelle d'un PEL, produit d'épargne réglementée, est de dix ans, pendant laquelle la disponibilité des fonds est limitée. Ce délai expiré, il devient un produit d'épargne classique, les fonds étant disponibles à tout moment. Le droit en vigueur aménage un prélèvement à la sortie du plan, contrairement aux dispositions de droit commun applicables aux autres prélèvements sur les produits d'épargne, qui prévoient un prélèvement sur les revenus annuels.

L'article propose de mettre en place un prélèvement annuel de ces deux contributions. Il prévoit d'abord d'anticiper, au 1^{er} janvier 2006 ou à la date du dixième anniversaire du plan si celle-ci est postérieure, le paiement des

prélèvements sociaux dus sur les intérêts (exonérés d'impôt sur le revenu) qui sont capitalisés sur des PEL de dix ans ou plus. Il faut souligner que ces sommes étaient en tout état de cause dues au dénouement du plan. L'article propose ensuite de retenir à la source annuellement, sur les intérêts perçus, le montant des prélèvements sociaux dus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur les plans de dix ans, conformément à la règle applicable généralement pour les produits de placement.

Le **I** propose de modifier l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, article qui concerne la contribution sociale sur les produits de placement. Le 2^o du II de cet article, dans sa rédaction en vigueur, dispose que les intérêts et primes d'épargne des plans d'épargne logement sont assujettis lors du dénouement du contrat. Il est proposé de substituer à cette disposition générale un dispositif plus complexe où les intérêts des PEL sont assujettis à la CSG en fonction des caractéristiques des PEL. La date d'assujettissement des intérêts est donc, à partir du 1^{er} janvier 2006 :

– *le 1^{er} janvier 2006* pour les intérêts des plans de plus de 10 ans et ceux ouverts avant le 1^{er} avril 1992 et dont la durée est échue avant cette date ; cette disposition conduit à l'imposition précoce de tous les intérêts cumulés de ces plans jusqu'au 1^{er} janvier 2006 ;

– *la date du dixième anniversaire du plan* ou, pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992, la date d'échéance du plan ;

– *le dénouement du plan* s'il intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 ;

– *la date de leur inscription en compte* pour les intérêts courus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont la durée est échue.

Le 2^o du I du présent article propose de préciser que les intérêts des plans sont assujettis, en tout état de cause, au moment de leur versement.

Le **II** propose de modifier l'article 1600-O J du code général des impôts, qui est la « *disposition-miroir* » de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. Les modifications proposées sont exactement identiques au II du présent article.

Le **III** propose que la mesure prenne effet à compter du 1^{er} janvier 2006.

Selon l'annexe 9 jointe au présent projet, les recettes supplémentaires attendues en 2006 par ce dispositif atteindraient 757 millions d'euros qui se répartiraient comme suit :

– 575 millions d'euros pour la branche maladie du régime général ;

– 32 millions d'euros pour la branche vieillesse et la branche famille du régime général ;

– 150 millions d'euros pour le FSV.

Cet effet d'accroissement massif n'aura qu'un impact sur les recettes de 2006. Pour les années ultérieures, les contributions seront prélevées sur une assiette correspondant à la somme annuelle des intérêts.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article de M. Jean-Marie Le Guen, défendu par Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson a fait part de son opposition aux « recettes de poche » destinées à accroître les ressources de la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, a rappelé que cette disposition constitue un des éléments du cadrage financier des comptes de 2006 et a en conséquence émis un avis défavorable.

Interrogé par **Mme Hélène Mignon** sur les recettes supplémentaires procurées par cette disposition, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes**, a précisé que la mesure devrait rapporter 750 millions d'euros en 2006.

Indiquant que le surcroît de recettes procurées n'avait d'impact que sur l'année 2006, **Mme Martine Billard** s'est interrogée sur la façon dont le gouvernement compte faire face à aux diminutions de recettes à venir les années suivantes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que seule l'année 2006 est ici concernée et qu'il ne dispose pas d'informations sur les années ultérieures.

Suivant l'avis défavorable du **rappiteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Puis elle a *adopté* l'article 10 sans modification.

Après l'article 10

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse, défendu par M. Maxime Gremetz, visant à instituer une sélectivité du crédit en fonction de l'investissement de l'entreprise pour l'emploi et la formation et à créer une aide fiscale réduisant le coût du crédit pour ces entreprises.

M. Maxime Gremetz a estimé anormal qu'on ne prête qu'aux riches et non à ceux qui veulent investir pour créer de l'emploi. L'instauration d'un crédit sélectif ne coûterait rien en raison des recettes supplémentaires créées par les emplois supplémentaires ainsi créés.

Après avoir fait valoir que cette mesure, compliquée à mettre en œuvre, aurait un coût très important pour le budget de l'Etat, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes**, s'est étonné que M. Maxime Gremetz ait le souci de proposer des aides supplémentaires pour les entreprises.

M. Maxime Gremetz a indiqué que l'amendement vise à aider l'investissement, l'emploi et la formation, ce qui bénéficie en définitive à la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a alors répondu que s'il est louable de défendre les entreprises, cet amendement relève en tout état de cause de la commission des finances.

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

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse, proposant de créer une cotisation sociale additionnelle sur les revenus financiers des entreprises et les ménages pour compenser les pertes de recettes de la sécurité sociale occasionnées par les exonérations et les réductions de cotisations sociales.

M. Maxime Gremetz a précisé que le taux de cette cotisation sociale additionnelle, destinée à accroître les ressources de la sécurité sociale en pénalisant les investissements financiers qui ne bénéficient ni à l'économie, ni à la recherche, ni à la formation, est fixé à 10,36 %. Les investissements purement financiers, qui ne servent qu'à nourrir les banques et les grandes entreprises du CAC 40, doivent être découragés.

Jugeant inopportun de ponctionner davantage le pouvoir d'achat des ménages, qui sont concernés par le dispositif proposé, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis défavorable à l'adoption de l'amendement et a souhaité connaître les raisons qui ont conduit les auteurs de l'amendement à fixer le taux de la cotisation à 10,36 %.

M. Maxime Gremetz a répondu que ce taux a été fixé en fonction d'études démontrant qu'il permet de répondre au besoin de financement de la sécurité sociale, études qu'il tient d'ailleurs à la disposition du rapporteur.

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

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse instituant une contribution sur les revenus financiers des entreprises qui permettrait non seulement de répondre aux besoins de financement de la sécurité sociale mais aussi de pénaliser les investissements exclusivement financiers.

Suivant l'avis défavorable du **rappiteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse proposant une réforme des cotisations patronales favorisant les entreprises de main-d'œuvre et les PME et augmentant la contribution des entreprises hautement capitalistiques.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué qu'il s'agit de renoncer à augmenter ponctuellement les recettes par des prélèvements aussi nombreux qu'hétéroclites, le retrait du projet de la disposition relative aux revenus tirés de la gestion de chambres d'hôtes ayant été réalisé *in extremis*. Il faut avoir le courage de proposer enfin une réforme sérieuse de l'assiette des cotisations patronales, en dissuadant la spéculation pour financer la sécurité sociale de façon pérenne.

Suivant l'avis défavorable du **rappiteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 11

Suppression de l'abattement applicable aux cotisations patronales dues au titre des contrats de travail à temps partiel conclus avant la réduction du temps de travail

Cet article propose de supprimer à partir du 1^{er} janvier 2006 l'abattement de cotisations patronales applicable aux contrats de travail à temps partiel.

La loi n°2000-37 du 19 janvier 2000, dite « loi Aubry II », a prévu que l'abattement de cotisations patronales applicable en cas de travail à temps partiel prévu à l'article L. 322-12 du code du travail cesse d'être applicable un an après l'abaissement de la durée légale du travail, soit à compter du 1^{er} janvier 2001 pour les entreprises de plus de 20 salariés et à compter du 1^{er} janvier 2003 pour les entreprises de vingt salariés au plus. Cet abattement avait été créé par la loi du 31 décembre 1992 relative à l'emploi, au développement du travail à temps partiel et à l'assurance chômage. La loi n°2000-37 précise que le bénéfice de l'abattement reste acquis aux contrats qui y ouvraient droit à la date d'entrée en vigueur de la réduction du temps de travail.

L'article L. 322-12 a été abrogé à compter du 1^{er} juillet 2005 par l'ordonnance du 18 décembre 2003 relative aux mesures de simplification des formalités concernant les entreprises, les travailleurs indépendants, les associations et les particuliers employeurs. Cependant, une lettre ministérielle du 4 juillet 2005 a précisé que l'ordonnance a tiré les conséquences, en termes de codification, de la loi du 19 janvier 2000 et que l'abattement de 30 % continue à s'appliquer au 1^{er} juillet 2005 au titre des contrats conclus avant l'application de la loi portant réduction du temps de travail.

L’article propose de modifier la loi du 19 janvier 2000 afin de préciser que l’abattement reste acquis jusqu’au 31 décembre 2005 pour les contrats ouverts à l’entrée en vigueur de la réduction du temps de travail. En conséquence, il est mis fin à compter du 1^{er} janvier 2006 à l’abattement de 30 %. Cependant, les employeurs pourront appliquer le dispositif d’allègement général des cotisations sociales de droit commun, la « réduction Fillon », qui a remplacé les anciennes aides. Pour les employeurs de salariés dont la rémunération est inférieure à 1,33 fois le SMIC, cette réduction est d’ailleurs plus avantageuse que l’abattement supprimé. Enfin, il faut préciser que le coût du dispositif supprimé pour les régimes de la sécurité sociale n’était pas compensé par l’Etat.

L’annexe 9 au projet de loi, qui détaille l’impact financier des mesures nouvelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ne donne pas de prévisions quant aux recettes nouvelles ainsi générées.

*

La commission a *adopté* l’article 11 sans modification.

Article 12

Conditions d’assujettissement à l’impôt sur le revenu et aux cotisations sociales des indemnités versées aux salariés en cas de rupture du contrat de travail et aux dirigeants de société en cas de départ forcé

Cet article propose de modifier les conditions d’assujettissement à l’impôt sur le revenu et aux cotisations sociales des indemnités versées aux salariés en cas de rupture du contrat de travail et aux dirigeants de société en cas de départ forcé.

Le régime social des indemnités liées à la rupture du contrat de travail ou à la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux est aligné sur leur régime fiscal. Ainsi, les articles L. 242-1 et le 5[°] de l’article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, qui fixent les assiettes respectives des cotisations sociales et des contributions sociales (CSG et CRDS), renvoient pour la définition de l’assiette à l’article 80 *duodecies* du code général des impôts (CGI).

Le présent article propose de modifier le code général des impôts afin d’unifier le régime fiscal et social applicable aux indemnités de licenciements ou de primes de départ à la retraite, qu’elles soient versées ou non dans le cadre d’un plan de sauvegarde de l’emploi. Il propose ensuite de diminuer la limite dans laquelle ces indemnités sont exonérées. Ces modifications s’appliquent aussi aux indemnités versées aux dirigeants de société en cas de départ forcé.

Le I de l’article propose de modifier le 1 de l’article 80 *duodecies* du code général des impôts.

S’agissant des indemnités versées à l’occasion de la rupture du contrat de travail, le 1 de l’article 80 *duodecies* du code général des impôts définit dans son

premier alinéa la notion de rémunération imposable. Il pose un principe général d'imposition fiscale et sociale de toute indemnité versée à l'occasion de la rupture du contrat de travail. Il l'assortit néanmoins de dérogations :

– les indemnités de licenciement ou de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi (il s'agit d'un plan social) ; ces indemnités sont actuellement exonérées de l'impôt sur le revenu et de cotisations sociales ;

– les indemnités versées en cas de licenciement irrégulier ; ces indemnités sont actuellement exonérées de tout prélèvement (et elles le restent dans le nouveau dispositif) ;

– la fraction des indemnités de licenciement ou de mise à la retraite qui n'excède pas un montant fixé par voie conventionnelle (convention collective, accord professionnel ou interprofessionnel) ou à défaut, un montant fixé par la loi.

En outre, le deuxième alinéa de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts prévoit, s'agissant de la fraction exonérée des indemnités de licenciement ou de mise à la retraite, que la fraction exonérée ne peut être inférieure : ni à 50 % du montant des indemnités, ni à deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail. Le deuxième alinéa précise ensuite que le montant de l'exonération ne peut excéder la moitié ou le quart (pour les indemnités de départ à la retraite) de la première tranche du tarif de l'impôt de solidarité sur la fortune.

En revanche, lorsque le montant de l'indemnité ne dépasse pas le montant légal ou conventionnel et qu'elle dépasse néanmoins le seuil fixé au précédent alinéa, elle reste totalement exonérée (*cf. Lefèvre Mémento fiscal*).

Le **I** de cet article propose une nouvelle rédaction du I de l'article 80 *duodecies* du CGI, qui comprend deux alinéas.

La nouvelle rédaction proposée pour le premier alinéa vise à aligner les règles d'exonération des indemnités de licenciement et des indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi sur celles applicables aux autres indemnités de licenciement. Ces indemnités ne sont donc plus totalement exonérées ; seules restent totalement exonérées les indemnités versées en cas de licenciement irrégulier.

La nouvelle rédaction du deuxième alinéa du I de l'article 80 *duodecies* propose de réduire la limite légale maximale d'exonération des indemnités de licenciement et des indemnités de départ à la retraite. Celle-ci ne sera plus fixée par référence au barème de l'impôt de solidarité sur la fortune mais fixée par référence au plafond annuel de la sécurité sociale, soit pour 2006, 182 000 euros (au lieu de 372 000 euros dans le régime en vigueur) et pour les indemnités de mise à la retraite, 91 000 euros (au lieu de 186 000 euros). Comme l'indique l'exposé des motifs du présent article, le seuil de 182 000 euros correspond au

versement d'une indemnité de licenciement égale à dix-huit mois de salaires pour un salarié gagnant 10 064 euros par mois, soit quatre fois le plafond de la sécurité sociale. La référence au plafond de la sécurité sociale permet une revalorisation annuelle et automatique de la limite maximale.

Le **II** de l'article propose de modifier l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, qui définit les conditions d'assujettissement aux cotisations sociales les indemnités versées aux salariés en cas de rupture du contrat de travail et les indemnités versées aux mandataires sociaux à l'occasion de la cessation forcée de leurs fonctions.

La rédaction en vigueur de l'alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale dispose que « *les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur* » et les sommes versées aux mandataires sociaux à l'occasion de la cessation forcée de leurs fonctions sont assujettis aux cotisations sociales à la hauteur de la fraction de ces indemnités imposable à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 *duodecies* du CGI.

Il est proposé de compléter cette rédaction en ajoutant aux indemnités concernées les indemnités de départ volontaire versées en cas d'un plan de sauvegarde de l'emploi. Ainsi, ces indemnités seront assujetties aux cotisations sociales de la même manière que les autres catégories d'indemnités.

Le **III** précise les conditions d'application dans le temps de la disposition : elle est applicable aux indemnités perçues à compter du 1^{er} janvier 2006.

L'annexe 9 jointe au présent projet n'individualise pas les effets de cette disposition sur les recettes.

*

La commission a examiné deux amendements de suppression de l'article, l'un présenté par Mme Martine Billard et l'autre par M. Dominique Tian.

Mme Martine Billard a tout d'abord relevé que la rédaction de cet article, bien que subtile, est particulièrement obscure. Contrairement à ce que laisse penser l'exposé des motifs, il aboutira à soumettre certaines indemnités de licenciement aux prélèvements sociaux alors que jusqu'à présent les indemnités versées dans le cadre d'un plan social en étaient exonérées. Il conviendrait de clarifier un point : les indemnités de licenciement supérieures au niveau conventionnel mais inférieures au plafond de 182 000 euros seront-elles soumises à cotisation ? En outre, l'article introduit un plafond qui ne concerne que les revenus les plus élevés. Cet article représente enfin une véritable régression sociale : il est de jurisprudence constante que les indemnités de licenciement ont le caractère de dommages et intérêts et non de rémunération, ce qui fondait jusqu'à présent leur exonération de cotisations sociales.

M. Dominique Tian, après avoir considéré particulièrement injuste cette mesure, s'est interrogé sur les recettes attendues d'une telle imposition. En outre, cet article ne vise pas seulement les indemnités de licenciement mais aussi les indemnités de départ à la retraite, qui seraient, en tout état de cause, soumises à cotisations au-delà d'un plafond de 91 000 euros. Il est injuste de taxer ce qui présente le caractère d'une réparation.

Après avoir déclaré partager la position de Mme Martine Billard et de M. Dominique Tian, **M. Maxime Gremetz**, a souligné que les indemnités versées dans le cadre de plans sociaux, toujours considérées comme des sommes versées à titre d'indemnités, ne sont absolument pas assimilables à des salaires ; le même problème s'est posé pour les indemnités versées en cas de départ anticipé en retraite aux salariés victimes de l'amiante et, fort heureusement, il a été possible d'exonérer de cotisations sociales ces indemnités. Il s'agit d'une mesure véritablement immorale et profondément antisociale, qui frappe des personnes déjà fragilisées et qui vaudra au gouvernement de très mauvaises remontées du terrain.

Mme Catherine Génisson a déclaré partager l'opposition à cette mesure en reprenant à son compte l'argumentation développée par Mme Martine Billard. Ainsi l'exposé des motifs de M. Dominique Tian, qui justifie son opposition à cette mesure en soulignant qu'elle risque notamment de décourager l'embauche de cadres de haut niveau et d'inciter à leur expatriation, n'est pas le seul argument. Le problème posé est beaucoup plus large, il s'agit d'une véritable injustice sociale inacceptable.

En réponse à ces observations, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a relevé que le dispositif proposé unifie le régime applicable aux indemnités versées en cas de licenciement, qu'elles soient ou non versées dans le cadre d'un plan social, et qu'il diminue les plafonds de non-exonération. Après avoir précisé qu'il a déposé un amendement visant à réduire les conséquences de cet amendement sur les négociations déjà engagées relatives aux plans sociaux en cours, il a néanmoins reconnu que certaines précisions doivent être apportées par le gouvernement, notamment sur l'imposition éventuelle des indemnités de licenciement supérieures aux dispositions conventionnelles mais inférieures au plafond de 182 000 euros.

Mme Martine Billard a jugé nécessaire de lever toutes les ambiguïtés que comporte l'article, notamment en ce qui concerne l'articulation des différents plafonds d'exonération.

M. Dominique Paillé a souhaité obtenir des précisions sur la nature du plafond évoqué par l'article.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé que l'exposé des motifs indique que 182 000 euros sera le plafond sous lequel sont entièrement exonérées d'impôt sur le revenu et de

cotisations de sécurité sociale les indemnités versées aux salariés en cas de licenciement.

M. Dominique Paillé ayant estimé qu'un amendement de clarification rédactionnelle est nécessaire, **Mme Martine Billard** a noté que l'astuce de la rédaction de l'article consiste à définir *a contrario* ce qui n'est pas imposable.

Devant les multiples interrogations que suscite cet article, **M. Pierre Morange, président**, a alors suggéré d'obtenir des précisions de la part du gouvernement avant que la commission ne se réunisse en application de l'article 88 du Règlement. Si l'ensemble des commissaires en est d'accord, les deux députés ayant proposé des amendements de suppression de cet article pourraient les retirer. Ils pourraient éventuellement les déposer à nouveau si les précisions apportées entre-temps ne les satisfont pas.

En réponse à cette suggestion, **Mme Martine Billard** a précisé qu'elle ne souhaite pas retirer son amendement, n'étant pas convaincue de la bonne foi du gouvernement sur cette question.

M. Dominique Tian a déclaré préférer également maintenir son amendement de suppression après avoir fait remarquer qu'il est indispensable d'obtenir au plus vite des précisions du gouvernement.

M. Pierre Morange, président, a pris acte de la volonté de l'ensemble des commissaires d'obtenir du gouvernement des éclaircissements le plus rapidement possible.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Dominique Tian visant à préciser que les indemnités conventionnelles de licenciement, de départ volontaire et de mise à la retraite sont exclues de l'assiette de l'impôt sur le revenu et des cotisations sociales.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, a souligné que le gouvernement devra apporter des précisions sur l'ensemble des questions que pose l'article 12.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, visant à préciser l'application dans le temps de l'article en excluant du dispositif proposé les indemnités versées après le 1^{er} janvier 2006 en application de plans sociaux décidés avant le 12 octobre 2005, cette décision étant formalisée par l'information des représentants du personnel.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que l'article 12 prévoit que les indemnités versées à compter du 1^{er} janvier 2006 se verront appliquer le nouveau régime d'imposition. Pour ne pas déséquilibrer les négociations déjà en cours, il convient donc d'exclure du dispositif les plans sociaux décidés avant le 12 octobre 2005.

Après s'être demandé s'il est désormais habituel que le Parlement adopte des dispositions rétroactives, **M. Maxime Gremetz** a jugé évident que les plans sociaux actuellement en voie de finalisation ne soient pas soumis au nouveau régime juridique puisque la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 n'est pas encore entrée en vigueur.

M. Dominique Tian a jugé inopportunne l'initiative du rapporteur car elle semble inciter les partenaires sociaux à se précipiter pour conclure des accords de plans sociaux afin d'échapper à une nouvelle imposition sociale. En outre, elle pose des problèmes d'inégalités d'accès à l'information entre les entreprises et les salariés.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a précisé que la date du 12 octobre 2005 correspond à l'adoption du projet de loi par le Conseil des ministres.

M. Pierre Morange, président, a fait remarquer que l'initiative du rapporteur tendant à sécuriser les négociations déjà engagées est très utile.

La commission a *adopté* l'amendement.

Puis elle a *adopté* l'article 12 ainsi modifié.

Après l'article 12

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à abroger les dispositions législatives supprimant le lien entre les allègements de cotisations accordés aux entreprises et les créations d'emplois.

M. Maxime Gremetz a rappelé que la première loi relative à la réduction de la durée du travail prévoyait deux conditions pour que les entreprises puissent bénéficier d'exonération de charges sociales. Il fallait un accord avec les organisations syndicales représentatives et majoritaires et l'octroi d'une exonération de 8 % des cotisations était conditionné à l'obligation de créer 6 % d'emplois supplémentaires. Aujourd'hui, ce mécanisme de contrepartie aux exonérations sociales n'existe plus et il convient de le déplorer. L'Etat distribue généreusement l'argent du contribuable et les employeurs en usent selon leur bon plaisir.

Après avoir estimé que M. Maxime Gremetz « parle d'or », **M. Jean Le Garrec** a également déploré que les exonérations de charges sociales accordées aujourd'hui ne comprennent aucune contrepartie en termes de création

d'emplois et ne soient pas conditionnées à l'aboutissement d'accords avec les partenaires sociaux.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 13

Assiette des cotisations et contributions sociales pour les heures de travail effectif et pour les contributions aux régimes de retraite complémentaire

Le présent article vise à préciser les conditions de l'application des dispositifs d'allègements de cotisations de sécurité sociale.

Le **I** de l'article vise à compléter le chapitre 1^{er} du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale en le complétant par un article L. 241-15 nouveau.

Le premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dispose que la réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale (dite « réduction Fillon »), est calculée en multipliant la rémunération brute versée au cours du mois civil à chaque salarié par un coefficient déterminé par application d'une formule fixée par décret (article D. 241-7 du même code). Or ce coefficient est fonction de la rémunération horaire, elle-même définie par référence au nombre d'heures rémunérées au cours du mois considéré : plus la rémunération horaire est basse, plus le coefficient de réduction est élevé. La notion de nombre d'heures rémunérées ayant été source d'un contentieux important, il convient donc de bien préciser quelle est la référence de ces heures rémunérées, ce à quoi procède le I du présent article en créant un article L. 241-15 nouveau dans le code de la sécurité sociale.

La rédaction de cet article nouveau pose en effet un principe d'application très générale : pour l'application de tout dispositif d'exonérations de cotisation sociales, les heures rémunérées sont les heures de travail effectif. L'article renvoie à la définition du travail effectif posé par l'article L. 212-4 du code du travail, dont le premier alinéa dispose que « *La durée du travail effectif est le temps pendant lequel le salarié est à la disposition de l'employeur et doit se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles.* ». Cet article définit précisément la notion de travail effectif (conditions de prise en compte de la restauration, des poses, de l'habillement...).

Le **II** propose de modifier l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, article très long qui pose les conditions générales du calcul des cotisations de sécurité sociale et dont le premier alinéa définit largement la notion de rémunération.

Le **1^o** du **II** propose de compléter le premier alinéa par une phrase assimilant à une rémunération la compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail, quelle que

soit la forme de cette compensation : complément différentiel de salaire ou hausse du taux de salaire horaire.

La loi n° 96-502 du 11 juin 1996 a institué un allègement dégressif de cotisations patronales de sécurité sociale, dit « allègement Robien », pour les entreprises qui réduisent leur durée collective de travail et qui s’engagent à créer ou à préserver des emplois. La nouvelle durée est fixée dans un accord d’aménagement du temps de travail. Le bénéfice de l’allègement, appliqué pendant sept ans au titre des rémunérations versées au cours du mois civil, intervient dans le cadre d’une convention conclue avec le ministère chargé de l’emploi ou avec le préfet. Le 1^o II du présent article propose de préciser que, la compensation salariale de la réduction du temps de travail étant un élément de rémunération, elle doit être soumise à cotisations et contributions sociales.

Le 2^o du II de cet article propose de modifier le cinquième alinéa de l’article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, alinéa dont la rédaction est issue de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 et qui exclut de l’assiette des cotisations les contributions des employeurs au financement de certains régimes de retraite complémentaire. Il est proposé que seules donnent lieu à l’exonération les contributions finançant des régimes de retraite complémentaire et correspondant à la part patronale due en application :

- d’une disposition législative ou réglementaire ;
- d’un accord national interprofessionnel ;
- d’engagements de retraite complémentaire souscrits antérieurement à l’adhésion des employeurs aux institutions mettant en œuvre les régimes institués en application de l’article L. 921-4 du code de la sécurité sociale.

Quel est le problème visé ?

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a modifié le régime social des contributions patronales destinées au financement des régimes de retraite et de prévoyance complémentaire. Elle a distingué :

– les contributions aux régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires, qui sont exemptes de tout prélèvement social (les contributions visées sont celles versées aux régimes interprofessionnels de l’ARRCO et de l’AGIRC, à l’AGFF, au régime de l’IRCANTEC et au régime de la Caisse de retraite du personnel naviguant de l’aviation civile) ; le même régime social s’applique aux contributions patronales versées en couverture d’engagements souscrits avant l’adhésion à l’un de ces régimes légalement obligatoires, ce qui vise les dispositifs de maintien de droits mis en place lors de l’intégration d’un secteur professionnel dans les régimes interprofessionnels de l’ARRCO et AGIRC ;

— les contributions destinées aux autres régimes de retraite et de prévoyance complémentaire, qui sont bien exclues de l'assiette des cotisations, mais sous conditions et dans certaines limites.

Cette modification du régime social ne visait initialement que la part patronale de la cotisation due à ces régimes. Elle a pourtant eu des conséquences directes sur le régime social applicable à la prise en charge par l'employeur de tout ou partie de la part salariale de la cotisation due à ces régimes.

D'abord, en application de la jurisprudence de la Cour de cassation, la prise en charge par l'employeur de la cotisation salariale à un régime de retraite complémentaire s'analyse en une contribution patronale au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Conformément à la rédaction en vigueur du cinquième alinéa, cette assimilation entraîne l'application du même régime social, en l'espèce l'exonération totale et sans limite de cotisations et contributions sociales.

En outre, les régimes ARRCO et AGIRC ont admis en septembre 2004 que les employeurs puissent modifier (exclusivement dans un sens plus favorable pour les salariés) la clé de répartition des cotisations de retraite à la charge des employeurs et des salariés telle qu'elle est fixée par les accords fondateurs. L'usage de cette faculté permet de modifier à la hausse le niveau de la contribution patronale ; or, en tant que contribution de l'employeur au sens du cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, elle se trouve exclue en totalité de l'assiette des cotisations et contributions sociales.

L'effet combiné de ces deux mécanismes produit un effet d'aubaine pour les entreprises qui distribuent un élément de rémunération sans versement de charges sociales.

Le présent projet a pour objet de neutraliser cet effet d'aubaine en recentrant l'exonération totale des cotisations de sécurité sociale, de la CSG et de la CRDS sur la seule part patronale des cotisations dues à ces régimes telle qu'elle résulte d'une disposition législative ou d'un accord interprofessionnel visé à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale. Cette rédaction permet de figer l'exonération au niveau de la part patronale fixée par les accords fondateurs et de qualifier d'élément de rémunération la part de l'employeur qui excède ce niveau. C'est l'objet du a) du 2° du III de cet article. La même règle est également posée par le b) du 2° pour les contributions patronales versées en couverture d'engagements souscrits avant l'adhésion à un régime légalement obligatoire. L'exonération ne sera applicable qu'à la part patronale telle qu'elle est fixée par les textes organisant la couverture de ces engagements.

Le III précise les conditions d'application dans le temps de ces dispositions.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date du 12 octobre 2005, date d'adoption du présent

projet en conseil des ministres, les dispositions visées au I du présent article sont applicables aux cotisations dues au titre des gains et rémunérations versés à compter du 1^{er} janvier 2003.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date du 12 octobre 2005, les dispositions du présent 1^o du II s'appliquent aux compensations salariales versées dans le cadre d'accords collectifs réduisant la durée du travail conclus à compter du 1^{er} octobre 1996. L'effet rétroactif de cette mesure est donc assez significatif.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date du 12 octobre 2005, les dispositions du présent 2^o du II s'appliquent aux cotisations dues au titre des contributions versées à compter du 31 octobre 2000.

L'annexe 9 jointe au présent projet ne donne pas de détails quant à l'impact financier de cette mesure.

*

La commission a d'abord examiné un amendement de M. Dominique Tian précisant que la disposition de l'article qui prévoit que, pour le calcul des allégements de cotisations, les heures rémunérées s'entendent au sens de la durée de travail effectif s'applique à partir du 1^{er} janvier 2006 et non pas à partir du 1^{er} janvier 2003 comme l'indique le projet.

M. Dominique Tian a indiqué que le dispositif proposé, en raison de son caractère rétroactif, risque d'avoir de graves conséquences pour les entreprises.

Accordant que la rédaction de l'article est complexe et rappelant que les délais d'examen du projet ne facilitent pas sa compréhension, comme l'a d'ailleurs regretté le ministre lui-même lors de son audition par la commission, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis favorable à l'adoption de cet amendement, qui permettra au ministre de donner toutes les explications nécessaires en séance.

Après avoir soutenu l'avis du rapporteur, **M. Dominique Paillé** a indiqué qu'il convient de vérifier que ce dispositif n'est pas créateur d'injustice et d'illégalité.

M. Jean Le Garrec a apporté son soutien au rapporteur quant à la nécessaire clarification du texte, qui est juridiquement boiteux et politiquement contestable.

Mme Martine Billard a relevé que les fiches du dossier de presse accompagnant le projet de loi et fournies par le ministère expliquent que cette mesure est justifiée par le souci de lever les incertitudes juridiques. Or la rédaction proposée n'est pas claire et elle demande à être explicitée.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que cette rédaction est guidée par des principes fixés par la Cour européenne des droits de l'homme.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté*, sur l'avis favorable de **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, deux amendements présentés par M. Dominique Tian : le premier vise à ce que la disposition de l'article précisant que la compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail est considérée comme une rémunération s'applique à compter du 1^{er} janvier 2006 et non pas du 1^{er} octobre 1996, comme proposé par le projet de loi ; le second vise à ce que la disposition de l'article précisant les conditions d'exclusion de l'assiette des cotisations des contributions des employeurs aux régimes de retraite complémentaire s'applique à partir du 1^{er} janvier 2006 et non pas à partir du 31 octobre 2000.

Puis la commission a *adopté* l'article 13 ainsi modifié.

Article 14

Extension de l'assujettissement de la contribution sociale de solidarité des sociétés aux organismes publics exerçant leur activité dans un cadre concurrentiel

Cet article propose de modifier les articles L. 651-1 et L. 651-3 du code de la sécurité sociale afin d'étendre le périmètre de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) en l'étendant aux organismes publics qui exercent leur activité de façon concurrentielle.

La contribution sociale de solidarité (C3S) a été créée en 1970 pour compenser les pertes de ressources des régimes de protection sociale des « non-salariés/non-agricoles » consécutives au développement du salariat. Elle est due par certains organismes dont la liste est fixée par l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale. Il s'agit notamment des sociétés commerciales, de certaines entreprises publiques et sociétés nationales, des groupements d'intérêt économique (GIE) et des groupements du secteur coopératif dont le chiffre d'affaires est au moins égal à 760 000 euros. Elle est recouvrée par l'ORGANIC (centre de Valbonne). Par souci de sécurisation juridique et afin de mettre le dispositif en conformité avec le droit communautaire, l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a étendu son champ d'application à de nouveaux organismes :

– d'une part, aux établissements et entreprises de crédit, aux entreprises d'assurances, de capitalisation et de réassurances de toutes natures régies par le code des assurances ;

— d'autre part, aux mutuelles et unions de mutuelles pratiquant des opérations d'assurance, aux institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale et aux institutions de prévoyance régies par le code rural.

Le **I** de l'article propose de modifier l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale, qui fixe la liste des entreprises concernées.

Le **1°** du I de l'article propose que la forme et la répartition du capital des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées ne soient pas un critère d'assujettissement. Il est donc proposé d'assujettir la totalité des filiales d'entreprises publiques et des sociétés d'économie mixte.

Le **2°** propose de modifier la rédaction du 4° de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale, qui, dans sa rédaction en vigueur, prévoit l'assujettissement « *des entreprises publiques et sociétés nationales, quelle qu'en soit la nature juridique, soumises aux dispositions des articles L. 442-1 à L. 442-17 du code du travail relatifs à la participation des salariés aux fruits de l'expansion des entreprises ou dont la moitié du capital social est détenu, ensemble ou séparément, par l'Etat, par une ou plusieurs entreprises publiques ou par une ou plusieurs sociétés nationales.* »

La nouvelle rédaction prévoit que l'assujettissement concerne toutes les personnes morales de droit public, dans la mesure où elles sont assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 B du code général des impôts (CGI). Cet article dispose que les personnes morales de droit public ne sont pas assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée pour l'activité de leurs services administratifs, sociaux, éducatifs, culturels et sportifs lorsque leur non-assujettissement n'entraîne pas de distorsions dans les conditions de la concurrence. Ces personnes morales sont assujetties, en tout état de cause, pour une série d'opérations dont la liste est fixée par l'article du code général des impôts. La nouvelle rédaction concerne notamment les établissements publics industriels et commerciaux (EPIC).

Il s'agit donc là d'une harmonisation bienvenue entre le code de la sécurité sociale et le code général des impôts.

Le **3°** du I de l'article propose de créer un **4° bis** dans la liste des organismes assujettis, en complétant ainsi la liste des organismes assujettis par les groupements d'intérêt public (GIP) assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée.

Le **II** de l'article propose de modifier l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions de l'établissement de la contribution suivant les organismes.

La rédaction en vigueur du deuxième alinéa prévoit que pour les sociétés en non collectif et les groupements d'intérêt économique, la part du chiffre d'affaires correspondant à des refacturations de prestations de services à leurs

membres ou associés n'est pas soumise à la contribution. Le premier alinéa de ce II modifie ce deuxième alinéa et vise à ce que la part du chiffre d'affaires de tous les GIP assujettis à la TVA et correspondant à des refacturations de prestations de services à leurs membres ou associés ne soit pas soumise à la contribution.

Le troisième alinéa l'article L. 651-3 du code de la sécurité sociale prévoit dans sa rédaction en vigueur que les sociétés anonymes, en commandite, SARL, entreprises publiques et les sociétés ayant leur siège en dehors du territoire métropolitain mais imposable à l'impôt sur les sociétés ne tiennent pas compte, pour le calcul de leur contribution, de la part du chiffre d'affaires correspondant à des ventes de biens réalisées avec les sociétés en non collectif et les groupements d'intérêt économique et acquittant la contribution (organismes dans lesquels ils détiennent une participation au moins égale à 20 %), à condition que ces biens soient utilisés pour les besoins d'opérations de production effectuées par ces organismes).

Le deuxième alinéa de ce II modifie la rédaction de ce troisième alinéa et propose d'exclure du dispositif décrit à l'alinéa précédent les GIP assujettis à la TVA en application de l'article 256 B du CGI.

L'annexe 9 au présent projet ne donne pas d'informations sur le surplus de recettes envisagé. L'exposé des motifs indique que l'impact de cette mesure est estimé à 70 millions d'euros, dont 14 millions d'euros pour la CNAMTS, au titre de la C3S additionnelle.

*

La commission a *adopté* l'article 14 sans modification.

Après l'article 14

La commission a examiné un amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse majorant de 10 % la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires qui consacrent moins du tiers de leur chiffre d'affaires à la recherche.

Mme Jacqueline Fraysse a souligné la nécessité de mesures incitatives pour développer les dépenses de recherche, alors même que les laboratoires dépensent des sommes importantes en matière de communication.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, s'est déclaré défavorable à l'adoption de cet amendement : d'une part les laboratoires les plus importants consacrent d'ores et déjà environ 20 % de leur budget à la recherche, d'autre part la sanction n'est pas l'outil adapté pour promouvoir la recherche.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 15

Spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments rétrocédés – Taxe sur les dépenses de promotion – Contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur le chiffre d'affaires

Cet article comprend plusieurs dispositions relatives à la politique de maîtrise des dépenses des produits de santé.

Le I, le II et le III du présent article proposent d'inclure les médicaments rétrocédés dans les mécanismes de régulation.

Un médicament rétrocédé est vendu par les établissements aux patients non hospitalisés. Cette rétrocession est prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique. Dans le droit en vigueur, les spécialités pharmaceutiques inscrites pour des raisons de santé publique sur la liste des médicaments rétrocédés ne sont pas prises en compte pour la mise en œuvre de la régulation des dépenses de médicaments, laquelle porte sur les seuls médicaments vendus en officine. Or ce traitement différent selon le circuit de distribution des médicaments n'est pas justifié. En outre, la rétrocession concerne le plus souvent des médicaments innovants, dont les prix peuvent être particulièrement élevés. A ce titre, ils contribuent massivement à l'effet de structure qui est une des principales composantes de la dérive des dépenses des régimes d'assurance maladie relatives aux médicaments.

Il est donc proposé d'étendre les mécanismes de régulation aux médicaments rétrocédables, en permettant à l'assurance maladie, via la clause de sauvegarde, de récupérer une fraction de la progression des dépenses de médicaments remboursés.

Le I de cet article est une disposition rédactionnelle.

Le II vise à modifier l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, qui fixe le dispositif dit du « taux k » : lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 (à l'exception des médicaments orphelins) par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution. L'article fixe ensuite le taux de cette contribution en fonction de la variable « t », taux d'accroissement du chiffre d'affaires, et de la variable « k », fixée par la loi de financement de la sécurité sociale et qui est le taux de progression de l'ONDAM arrondi à la décimale la plus proche.

Au titre de 2004 (taux de l'ONDAM de 3 %) aucun des assujettis n'a été redevable de la contribution. Afin de renforcer l'efficacité de cette mesure et conformément au plan de cadrage financier de la réforme de l'assurance maladie, le V de l'article 74 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dispose que pour le calcul de la contribution due au titre des années 2005, 2006 et 2007, le taux de 1 % est substitué au taux K.

Ce mécanisme assure que les entreprises ne s'engageant pas dans un processus de maîtrise des dépenses par voie de convention avec le comité économique des produits de santé soient néanmoins concernées par un moyen de régulation et incitées à modérer la progression de leur chiffre d'affaire.

Le II et le III du présent projet maintiennent ce mécanisme et en créent un deuxième sur le même modèle mais concernant exclusivement les médicaments rétrocédés. Le calcul de la contribution est identique.

Le IV du présent article vise à modifier l'article L. 245-5-1 du code de la sécurité sociale. Cet article institue au profit de la CNAMTS une contribution des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits au titre 1^{er} de la liste prévue à l'article L. 165-1. Le titre 1^{er} de la liste prévue à l'article L. 165-1 (qui en compte 4) vise les dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements.

Il est proposé d'étendre la liste des produits concernés en visant non seulement le titre 1^{er} de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale mais aussi le titre III : ces dispositifs médicaux concernés sont les « dispositifs médicaux, implants et greffons tissulaires d'origine humaine ». Il s'agit d'inclure dans le dispositif les dispositifs médicaux implantables, aujourd'hui pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation dans le cadre de la tarification à l'activité et dont les premiers éléments d'informations liées à la mise en place de la tarification à l'activité indiquent une forte croissance. En effet, les dispositifs médicaux ne sont aujourd'hui que marginalement soumis à ce dispositif (2 millions d'euros de ressources sur trente-trois entreprises redevables).

La contribution est assise sur les charges comptabilisées (rémunérations de toute nature, remboursement de frais, frais de publication et achats d'espaces publicitaires) pour autant qu'elles se rapportent à ces produits. Un abattement forfaitaire, d'un montant de 100 000 euros est applicable en 2005 sur cette assiette. Il est également proposé de baisser le seuil d'abattement de 100 000 euros à 50 000 euros.

En outre, il est proposé, à titre exceptionnel, d'augmenter la contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur leurs chiffres d'affaires de 2006 en

portant le taux applicable de 0,6 à 1,96 %, ce qui permet un rendement supplémentaire de 300 millions d'euros au bénéfice de la branche maladie. A titre de rappel, cette taxe a été pérennisée par l'article 74 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Le rendement de cette contribution au titre de 2004 a été de 111 175 673 euros (172 entreprises redevables).

Le **VII** précise l'application dans le temps de ces dispositions.

Les dispositions visées au II et du III (inclusion dans le mécanisme du « taux k » des médicaments rétrocédés) s'appliquent pour la première fois au calcul de la contribution due au titre de l'année 2005 (à l'exception des dispositions de l'article L. 138-10 relatives à la conclusion d'une convention entre les entreprises assurant l'exploitation de ces produits rétrocédés et le comité économique des produits de santé, qui ne s'appliquent qu'aux contributions dues au titre des années 2006 et suivantes).

Les dispositions du IV et du V s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1^{er} décembre 2006.

*

La commission a examiné deux amendements identiques présentés par le rapporteur et M. Claude Evin excluant les médicaments orphelins de l'assiette de la taxe sur le chiffre d'affaires applicable aux entreprises pharmaceutiques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a souligné l'urgence à favoriser le développement de ces médicaments.

M. Claude Evin a rappelé que ce prélèvement sur le chiffre d'affaires, pérennisé par la loi relative à l'assurance maladie, a été créé dans le cadre de la loi de financement pour 2004 de la sécurité sociale par M. Pierre Morange, qui exerçait alors les fonctions de rapporteur pour l'équilibre général et les recettes. Sans doute en raison d'un oubli, les médicaments génériques ont été exclus de l'assiette de calcul mais pas les médicaments orphelins, alors même que les autres prélèvements sur les entreprises pharmaceutiques excluent de leur assiette les médicaments orphelins.

M. Pierre Morange, président, a remercié M. Claude Evin de corriger cette anomalie.

M. Claude Evin a souhaité que cet amendement soit défendu auprès du gouvernement par l'ensemble de la commission et notamment par M. Pierre Morange.

M. Pierre Morange, président, l'a assuré de son soutien.

La commission a *adopté* les amendements à l'unanimité.

La commission a ensuite examiné en discussion commune un amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse visant à pérenniser l'augmentation de la contribution des laboratoires pharmaceutiques à hauteur de 1,96 % et un amendement présenté par M. Dominique Tian souhaitant fixer ce taux en 2006 à 1,2 %.

M. Maxime Gremetz a insisté sur la nécessaire pérennisation de ce taux de 1,96 % à la charge des laboratoires pharmaceutiques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a émis un avis défavorable à l'adoption de ces amendements au motif qu'il convient de laisser une marge de manœuvre pour 2007 en matière de fixation du taux de la taxe et que, s'agissant de 2006, le taux de 1,96 % a été pris en compte pour l'élaboration des prévisions de recettes de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

Puis elle a *adopté* l'article 15 ainsi modifié.

Après l'article 15

La commission a examiné un amendement présenté par M. Dominique Tian visant à instituer un plafonnement en pourcentage du chiffre d'affaires des contributions spécifiques imposées à l'industrie pharmaceutiques.

M. Jean-Luc Préel a estimé qu'il s'agit, en quelque sorte, d'instaurer une sorte de bouclier fiscal pour l'industrie pharmaceutique.

Après que **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis défavorable à l'adoption de cet amendement, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 16

Approbation du montant des compensations des exonérations, des réductions ou des abattements d'assiette de cotisations ou de contributions de sécurité sociale

Conformément au c) du 2° du C du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article propose d'approver le montant des compensation des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, montant figurant à l'annexe 5 jointe au présent projet et dont l'approbation est prévue par le 5° du III de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale.

Le 5° du III de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale dispose qu'est jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale une annexe « énumérant l'ensemble des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations

ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations et contributions, présentant les mesures nouvelles introduites au cours de l'année précédente et de l'année en cours ainsi que celles envisagées pour l'année à venir et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu, les moyens permettant d'assurer la neutralité de cette compensation pour la trésorerie desdits régimes et organismes ainsi que l'état des créances. Ces mesures sont ventilées par nature, par branche et par régime ou organisme. »

Cet article fait partie du *corpus* de dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale. Le c) du 2° du C du I de l'article LO 111-3, qui prévoit l'approbation du montant des compensations dans le projet, a été introduit dans le code de la sécurité sociale à l'initiative des députés, qui ont souhaité, sans pour autant inscrire le principe de compensation dans la loi organique, indiquer de façon solennelle que l'Etat doit respecter le principe de compensation.

A ce stade, le rapporteur souhaite rappeler que la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale a aussi introduit l'obligation pour le gouvernement de transmettre avant la fin des mois de janvier et de juillet de chaque année, un état semestriel des sommes restant dues par l'Etat aux régimes obligatoires de base. Le premier rapport rendu à ce titre le sera au mois de janvier prochain. Il est également utile de rappeler que le gouvernement remet au Parlement, conformément à l'article 40 de la LOLF, un rapport sur les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, dit « jaune budgétaire ». Ce bilan fait notamment apparaître les créances et dettes réciproques de l'Etat et des régimes. Ce document est établi sur la base d'une comptabilité de caisse.

Les compensations, par définition, proviennent du budget de l'Etat, et seule l'approbation d'un rapport figurant en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale revêt un sens juridique. En effet, c'est bien en loi de finances que sont votées les dispositions relatives aux compensations. La modification éventuelle de ce montant devrait donc faire l'objet d'une disposition similaire en projet de loi de finances.

Il est proposé d'approver que le montant des compensations pour 2006 atteigne un montant de 21,6 milliards d'euros. Cela correspond à la somme de la compensation des allègements généraux (18,9 milliards d'euros) et des dispositifs ciblés (pour un montant de 2,7 milliards d'euros).

L'annexe 5 au projet de loi, très informative, est composée de trois parties.

a) La première partie de l'annexe recense 46 dispositifs d'exonération de cotisation et de réduction de contribution en vigueur au 1^{er} septembre 2005. Elle présente également trois mesures applicables au 1^{er} janvier 2006. Dix nouvelles exonérations sont entrées en vigueur en 2005. En outre, la loi du 26 juillet 2005

relative au développement des services à la personne a créé de nouvelles exonérations qui s'appliqueront en 2006 pour favoriser le développement des emplois familiaux.

L'annexe distingue :

- les exonérations applicables aux salariés et aux assimilés, les plus importantes en masses financières ;
- les exonérations dont bénéficient les travailleurs non salariés non agricoles ;
- les mesures de réduction ou d'abattement de l'assiette des cotisations et/ou contributions de sécurité sociale entrées en vigueur depuis la promulgation de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Cette partie permet au lecteur de disposer d'une vue d'ensemble de tous les dispositifs et d'en mesurer toute la diversité.

b) La deuxième partie de l'annexe fait le point sur les enjeux financiers pour 2004, 2005 et 2006 et commente les tableaux financiers présentés dans la troisième partie.

c) La troisième partie est constituée de tableaux.

– La structure des dispositifs

Les dépenses consacrées aux politiques de réduction du coût du travail pour les employeurs ont connu un développement beaucoup plus dynamique que les politiques de l'emploi dites « actives » (aides directes ciblées). Cette dynamique a été impulsée par la montée en puissance rapide des dispositifs d'allègements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires, qui représentent aujourd'hui plus de 85 % du montant de l'ensemble des mesures d'exonérations compensées par l'Etat. Le coût global des allègements généraux a progressé de 5,6 % entre 2004 et 2005 et devrait poursuivre une croissance de plus de 7 % en 2006 pour atteindre, en prévision, 18,9 milliards d'euros. La forte progression constatée sur 2004, 2005 et 2006 s'explique notamment par la mise en œuvre progressive de la « réduction Fillon » et l'effet du processus de convergence des différents SMIC nés de la mise en place de la réduction du temps de travail.

Les allègements ciblés (sur certains publics, certains territoires ou encore certains secteurs d'activité) représentent un coût de 2,6 milliards d'euros et devraient atteindre 2,7 milliards d'euros en 2006. Les exonérations spécifiques aux départements d'outre-mer (DOM) sont les plus importantes en termes de volume financier et les plus dynamiques. Elles atteindraient 672 millions d'euros en 2006. Les mesures pour les publics « jeunes » sont également en pleine expansion. Le coût des contrats d'apprentissage progresse de près de 10 % entre

2004 et 2005 et devrait représenter un peu plus de 700 millions d'euros en 2005. Les contrats de qualification et les contrats de professionnalisation qui les remplacent progressivement sont eux aussi très dynamiques et les montants correspondants devraient atteindre plus de 440 millions d'euros en 2005.

Les mesures non compensées représentent 2,1 milliards d'euros en 2004 et 2,2 milliards d'euros en 2005. En 2006, elles devraient atteindre un montant de 2,7 milliards d'euros. Cette évolution s'explique par la montée en charge des contrats d'avenir, dont le coût en 2006 est évalué à près de 400 millions d'euros, et des contrats d'accompagnement dans l'emploi (500 millions d'euros en 2006). Au total, le coût prévisionnel des mesures d'exonérations de cotisations et contributions de sécurité sociale, et de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions – compensées ou non – serait d'un peu moins de 22,7 milliards d'euros en 2005.

– Les modalités de la compensation en 2004, 2005 et 2006

En 2004 et 2005, la compensation par l'Etat prend exclusivement la forme de dotations budgétaires, dotations spécialisées par dispositif d'exonération. Le ministère chargé de l'emploi est responsable de la majorité des crédits budgétaires. A compter de 2005, d'autres ministères en deviennent également responsables financièrement : c'est notamment le cas du ministère de l'outre-mer pour les exonérations spécifiques aux DOM.

En 2004, la loi de finances initiale (LFI) prévoyait 19,4 milliards d'euros pour la compensation des exonérations de cotisations sociales. Pour les allègements généraux, 95 % de la dotation votée en LFI a été versée. Cela a permis d'assurer la compensation de ces allègements pour l'année 2004 et s'est traduit par un excédent de versements de l'Etat de près de 1,3 milliard d'euros. Cette situation serait liée à la transition entre le financement des exonérations par le FOREC et l'Etat. Pour les dispositifs ciblés, en revanche, les insuffisances totales se sont élevées à près de 350 millions d'euros.

Pour l'année 2005, la LFI a prévu un montant total consacré à la compensation des exonérations de près de 19,6 milliards d'euros. Les prévisions des régimes actualisées au 31 août 2005 font apparaître un besoin supplémentaire pour ces derniers de 1 milliard d'euros : 17,1 milliards d'euros concernent les allègements généraux alors que les besoins des régimes sont évalués à 17,6 milliards d'euros. Pour les dispositifs ciblés, les insuffisances seraient de plus de 500 millions d'euros, dont les principales portent sur les contrats d'apprentissage (140 millions d'euros) et sur les exonérations DOM (230 millions d'euros).

La réforme du financement des allègements généraux prévue par le projet de loi de finances (PLF) pour 2006 modifie de manière considérable la mise en œuvre de la compensation financière par l'Etat. Désormais, les crédits budgétaires consacrés à la compensation des mesures d'exonérations ne représentent plus que

2,7 milliards d'euros et correspondent aux prévisions du coût des dispositifs ciblés. Les allègements généraux (18,9 milliards d'euros) seront, à compter de 2006, financés par une affectation de recettes fiscales. Le rendement 2006 de ces recettes doit permettre de couvrir le besoin des régimes en 2006. Si tel n'est pas le cas, l'affectation de recettes fiscales sera révisée en 2007 et une régularisation sera opérée sur 2006. Le dispositif est donc sécurisé pour 2006.

– Les créances des régimes de la sécurité sociale sur l'Etat : 1,3 milliard d'euros au 30 juin 2005

Un tableau de cette annexe 5 présente l'état des créances détenues par les régimes de sécurité sociale sur l'Etat au titre des exercices 2004 et antérieurs. Les données au 31 décembre 2004 sont issues des bilans comptables des caisses de sécurité sociale (ainsi que d'éléments statistiques complémentaires pour les régimes de travailleurs indépendants non agricoles) et ne concernent que les seules mesures d'exonérations de cotisations sociales (et donc ne concernent pas les prestations gérées pour le compte de l'Etat). Le montant total des créances des régimes au titre des exercices 2004 et antérieurs atteint 1,5 milliard d'euros au 31 décembre 2004 et près de 1,3 milliard d'euros au 30 juin 2005. Ces dettes inscrites dans les comptes des régimes font l'objet de contestations non encore résolues.

Le rapporteur souhaite souligner que le « jaune » (document annexé au projet de loi de finances pour 2006) enregistre des dettes de l'Etat envers les organismes de protection sociale pour un montant total de 529 millions d'euros, soit un montant sensiblement inférieur alors que le périmètre concerné par l'annexe au PLF est plus large. Cependant, les deux documents diffèrent car l'annexe au PLF présente des données au 31 décembre 2004 tenues en comptabilité de caisse alors que l'annexe au présent projet présente des données tenues en comptabilité d'exercice.

Pour le seul régime général, le chiffre de 580 millions d'euros de créances au 30 juin 2005 est la résultante d'opérations au contenu très divers (mise en place puis suppression du FOREC, exonérations ciblées, contentieux relatif aux allocations familiales, plan textile ...) dont certaines remontent à l'année 2000.

Par ailleurs, 2,3 milliards d'euros de dettes de l'Etat auprès des régimes au titre des exonérations ont été pris en charge par la CADES en 2003 et 2004. Celle-ci a en effet été chargée d'apurer la créance constatée au titre de l'exercice 2000 par les organismes de sécurité sociale au titre de la compensation des exonérations entrant dans le champ du FOREC (allègements généraux). Cet apurement a été réalisé par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2003 et 2004.

*

La commission a *adopté* l'article 16 sans modification.

Section 2

Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé

Article 17

Lutte contre le travail dissimulé

Le présent article vise à mettre en place des mesures dissuasives destinées à améliorer les conditions de la lutte contre le travail dissimulé.

Le travail dissimulé présente trois graves inconvénients : il pénalise les salariés, il fausse la concurrence et il prive de ressources notre système de protection sociale. La lutte contre le travail illégal a connu ces dernières années un développement continu dans lequel les URSSAF ont pris une part très active et que le gouvernement entend poursuivre et renforcer.

Des dispositions du code du travail permettent déjà, en cas de constat de travail dissimulé, de refuser les aides à l'emploi demandées par l'entreprise concernée. Ainsi, il est possible de refuser ces aides à la suite du constat de toute infraction de travail illégal. Cependant, aucune disposition ne permet actuellement de remettre en cause les aides financières à l'emploi allouées sous forme de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions sociales. Le présent article vise à pallier cette carence en aménageant la possibilité de cette sanction administrative.

Le I du présent article propose de compléter le chapitre III du titre III du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale par un article L. 133-4-3 nouveau.

Le premier alinéa de cet article pose le principe général que le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions acquittées auprès des organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions du code du travail interdisant le travail dissimulé.

Le deuxième alinéa précise que lorsque l'infraction (définie par l'article L. 324-10 du code du travail) est constatée par procès-verbal, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions. Il s'agit donc d'une mesure dissuasive.

Le troisième alinéa dispose que cette annulation est plafonnée à un montant fixé par décret. Elle est égale au montant des réductions ou exonérations pratiquées, au cours du mois où l'infraction a été commise, dans l'établissement au profit duquel le travail dissimulé a été accompli, affecté d'un coefficient égal au rapport entre le nombre de journées de travail dissimulé au cours de ce mois et

le nombre de jours ouvrés du même mois. Si ce rapport est supérieur à un, le reliquat de l'annulation est imputé sur les mois précédents, dans la limite du montant total des réductions ou exonérations obtenues au titre de l'établissement.

Le **II** propose de créer un article L. 242-1-1 nouveau dans le code de la sécurité sociale visant à ce que les rémunérations réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations.

En effet, le constat d'infraction de travail dissimulé entraîne fréquemment un redressement portant sur les rémunérations dues aux salariés dont l'emploi ou les heures travaillées ont été dissimulés. A cette occasion, il peut être fait application des dispositifs de réduction ou d'exonération dont l'employeur peut bénéficier au regard des dispositions légales et réglementaires en vigueur. Le dispositif proposé permet de déroger à cette situation. Cette disposition ne vise que l'infraction de travail dissimulé définie au quatrième alinéa de l'article L. 324-10 du code du travail.

Le **III** propose de supprimer la dernière phrase de l'article L. 243-11 du code de la sécurité sociale. Cette disposition précisait que les oppositions ou obstacles aux visites ou aux inspections des inspecteurs du recouvrement et des agents de contrôle des caisses primaires, des caisses d'allocation familiales et les caisses régionales d'assurance maladie sont passibles des mêmes peines que celles prévues par le code du travail en ce qui concerne l'inspection du travail. Or ce renvoi ne garantissait pas une lisibilité suffisante des sanctions applicables aux oppositions à contrôles diligentés par les agents de contrôle des organismes de sécurité sociale. Sa rédaction n'en permettait qu'une application limitée, le texte ne faisant référence qu'au droit de visite de ces agents.

Le **IV** propose de créer deux articles nouveaux dans le code de la sécurité sociale.

L'article L. 243-12-1 nouveau du code de la sécurité sociale détermine les sanctions pénales visant les faits d'obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11, quel que soit leur cadre d'action. Ces faits sont punis de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende.

L'article L. 243-12-2 du code de la sécurité sociale vise à rendre applicables ces sanctions aux personnes morales, dans des conditions fixées par l'article 121-2 du code pénal. Il précise que, en application de l'article 131-38 du code pénal, la peine encourue est celle de l'amende dont le montant maximum est porté à cinq fois le montant fixé par l'article L. 243-12-1 du code de la sécurité sociale. La possibilité d'appliquer les sanctions à la personne morale permet, le cas échéant, d'alourdir la peine encourue et de renforcer le caractère dissuasif du dispositif.

Le **V** concerne l'activité de domiciliataire. Les pratiques irrégulières de la domiciliation commerciale sont un des principaux moyens permettant la dissimulation d'activité. La domiciliation permet à certaines entreprises de dissimuler leur activité et ainsi se soustraire aux contrôles opérés par les administrations et organismes dont c'est la mission. Aucune disposition ne permet actuellement de vérifier auprès des domiciliataires les conditions d'exercice de cette activité. Il en résulte des difficultés récurrentes pour obtenir des renseignements permettant d'accéder ou de contacter l'entreprise en vue de procéder à leur contrôle.

Il est donc proposé de compléter l'article L. 123-11 du code de commerce afin d'habiliter les inspecteurs du recouvrement, les agents de contrôle des mutualités agricoles, ainsi que les inspecteurs et contrôleurs du travail à constater le non-respect des obligations mises à la charge des entreprises domiciliataires par le code de commerce. Cela consiste notamment à interdire l'exercice de l'activité de domiciliataire dans un local à usage d'habitation ou à usage mixte professionnel (la protection de la vie privée interdisant à quiconque d'accéder au domicile privé sans l'autorisation expresse de son occupant, les contrôles sont impossibles lorsque le siège de l'entreprise est établi au domicile privé d'une personne).

Le **VI** du présent article propose de consolider l'obligation de vigilance des donneurs d'ordre vis-à-vis de leurs cocontractants étrangers. Il s'agit de renforcer les moyens d'action des agents habilités à lutter contre le travail illégal, notamment des inspecteurs du recouvrement.

Le code du travail prévoit une obligation de vigilance des donneurs d'ordre vis-à-vis de leurs cocontractants en ce qui concerne l'interdiction d'employer un salarié étranger dépourvu d'un titre autorisant ce dernier à exercer une activité salariée en France. Lorsque le donneur d'ordre ne s'est pas assuré du respect de cette disposition, lors d'un contrat d'un montant au moins égal à 3 000 euros, il est tenu solidairement avec ce dernier au paiement de la contribution spéciale due à l'Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations. Cette disposition n'est actuellement pas applicable au particulier qui conclut un contrat pour son usage personnel, celui de son conjoint, de ses descendants ou descendants. La disposition visée rend cette obligation applicable aux particuliers.

La disposition vise en outre à harmoniser la périodicité des vérifications avec celles déjà imposées dans le cadre de la lutte contre le travail illégal.

*

La commission a examiné un amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse obligeant les employeurs ayant eu recours au travail dissimulé à rembourser les aides publiques de toute nature dont ils ont bénéficié.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué qu'il convient de renforcer les mesures dissuasives à l'égard des employeurs qui sont tentés de recourir au travail dissimulé.

Relevant que l'amendement part d'une bonne intention, **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a expliqué le dispositif proposé est plus large que le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a *adopté* l'article 17 sans modification.

Avant l'article 18

La commission a examiné un amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen prévoyant la publication semestrielle par le comité d'alerte des principaux indicateurs relatifs à l'activité des hôpitaux et intervenant dans l'élaboration de l'ONDAM hospitalier.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a expliqué que le comité d'alerte, composé de trois hauts fonctionnaires, n'a pas vocation à tenir un rôle d'expertise.

M. Jean-Marie Le Guen a alors indiqué qu'il est possible de confier de nouvelles fonctions au comité ou, à défaut, de choisir un autre organisme pour remplir cette tâche.

Mme Catherine Génisson a relevé que le comité d'alerte n'effectuerait pas lui-même l'enquête mais qu'il recevrait des informations qu'il rendrait publiques.

M. Pierre Morange, président, a suggéré de réfléchir à cette question en vue de la réunion de la commission au titre de l'article 88 du Règlement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à ce que le comité d'alerte publie des prévisions relatives à l'activité hospitalière dans les quinze jours suivant leur transmission au ministre.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, a émis un avis défavorable en estimant que, selon lui, le comité d'alerte ne constitue pas l'instance idoine pour exercer un tel rôle. En tout état de cause, conformément à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, une annexe au projet de loi rend compte du mode d'élaboration de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

En réponse à ces arguments, **M. Jean-Marie Le Guen** a indiqué qu'il n'est pas attaché à ce que l'instance chargée de contrôler la sincérité du calcul de l'ONDAM hospitalier soit le comité d'alerte ; d'autres propositions sont recevables, la seule condition étant que ce rôle soit confié à une instance indépendante. Toutefois, la création d'une structure *ad hoc* venant en supplément d'une administration déjà considérable ne constitue sans doute pas une solution adéquate. Au demeurant, confier une telle mission au comité d'alerte n'entrerait en rien en conflit avec les prérogatives qui sont les siennes actuellement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes ayant émis l'idée que le conseil de l'hospitalisation puisse remplir une telle mission, **M. Jean-Marie Le Guen** a indiqué que cette solution n'est pas envisageable, cet organe n'étant pas pleinement indépendant de l'administration.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Section 3

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 18

Prévisions pour 2006 des recettes des régimes obligatoires de base et du régime général

Conformément au a) du 2° du C du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe, par branche, les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général.

Cet article fait partie du *corpus* de dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale. Le 1° du présent article fixe les prévisions de recettes par branche de l'ensemble des régimes (un total de 363,6 milliards d'euros) et le 2° fixe les prévisions de recettes pour le seul régime général (263,7 milliards d'euros). Les montants donnés pour chaque branche ne peuvent correspondre à l'agrégation des données par branche, compte tenu de la neutralisation des opérations de transfert entre branches.

Le rapporteur note que le troisième alinéa de l'article 7 de la loi organique relative aux lois de financement impose un vote unique des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes et des organismes concourant au financement des régimes de base. Dès lors, il convient de fusionner l'article 18 et l'article 19 du projet.

Un des apports les plus importants de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale est d'harmoniser le périmètre des dépenses et des recettes, permettant d'adopter des tableaux d'équilibre par branche pour l'année à venir (*cf. infra*, articles 20 et 21). En effet, avant la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les recettes étaient votées par

catégories et les dépenses ne concernaient que les régimes de plus de 20 000 cotisants, ce qui nuisait à une appréhension exacte des enjeux financiers de la sécurité sociale.

Les annexes apportent des suppléments d'informations par rapport aux prévisions de recettes présentées dans le cadre du présent article. En effet, la répartition des prévisions de recettes par catégories figure à l'annexe 4 jointe au projet de loi. L'annexe 9 détaille en outre l'effet des mesures du projet de loi de financement ainsi que des mesures réglementaires ou conventionnelles prises en compte par le projet de loi de financement sur les comptes des régimes de bases.

• *Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 prévoit des recettes supplémentaires destinées à l'ensemble des régimes pour un montant total de 2,791 milliards d'euros*

Le tableau suivant, extrait de l'annexe 9, détaille l'impact des mesures (législatives ou réglementaires) sur les recettes de 2006 des régimes de base.

Impact des mesures nouvelles sur les recettes 2006 des régimes obligatoires de base

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures législatives	1 011	1 011
Taxe sur le CA des laboratoires pharmaceutiques	300	300
Prélèvement sur les PEL	717	717
Réaffectation de droits tabacs vers le fonds CMU	- 178	- 178
Autres recettes	172	172
Autres mesures	1 380	1 380
Augmentation de 0,2 point du taux des cotisations vieillesse (assiette plafonnée)	740	740
Augmentation de 0,1 point du taux des cotisations AT-MP (assiette plafonnée)	400	400
Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur le transfert de la CNAF à la CNAV au titre de l'AVPF	50	50
Effet de la hausse de 0,2 point des cotisations retraite sur la prise en charge des cotisations des chômeurs par le FSV	90	90
Contrôles	100	100
Clause de sauvegarde pharmaceutique 2006	336	400
Mesures nouvelles 2006 sur les recettes	2 727	2 791

Les mesures dont l'impact est neutre sur les soldes par branche ne figurent pas dans ce tableau.

Ainsi, l'effet sur 2006 des décisions prises se traduit par un surcroît de recettes pour les régimes obligatoires de 2,791 milliards d'euros, dont 2,727 milliards d'euros pour le seul régime général. Ce sont principalement la branche maladie (+ 1,101 milliard d'euros) et la branche vieillesse (+ 1,010 milliard d'euros) qui bénéficient le plus des recettes supplémentaires prévues par le présent projet.

Pour 2006, par rapport au plan de cadrage financier de la réforme de l'assurance maladie, compte tenu des moindres rentrées de cotisations sociales provoquées par une croissance économique prévue comme peu vigoureuse, il a fallu chercher des recettes supplémentaires.

C'est donc ce qui a motivé la réforme du mode de prélèvement des prélèvements sociaux sur les intérêts des PEL, qui n'aura un effet que pour 2006.

L'augmentation du taux de cotisation de la branche vieillesse (hausse du taux de cotisation de 0,2 point sur l'assiette plafonnée, dont 0,15 point sur la cotisation salariale et 0,05 point sur la cotisation patronale) était prévue par la loi portant réforme des retraites.

• *La répartition des recettes par catégories*

Le tableau suivant, issu de l'annexe 4 jointe au présent projet, rend compte de l'évolution des catégories de recettes de l'ensemble des régimes entre 2005 et 2006.

La diminution des cotisations prises en charges par l'Etat en 2006 et l'augmentation des produits classés dans la catégorie « impôts et taxes affectées » correspond au transfert de recettes fiscales de l'Etat à la sécurité sociale proposé par l'article 41 du projet de loi de finances pour 2006.

*Evolution des recettes de l'ensemble des régimes
par branche et par catégories 2005-2006*

(en milliards d'euros)

2005	Maladie	AT-MP	Famille	Vieillesse	Toutes branches
Cotisations effectives	67,3	7,7	29,1	84,9	189,0
Cotisations fictives d'employeur	1,0	0,3	0,1	31,7	33,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	8,0	1,5	3,4	6,6	19,0
Cotisations prises en charge par la Sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Impôts et taxes affectés	60,3	0,2	10,7	5,3	76,5
<i>dont CSG</i>	50,3	0,0	10,3	0,0	60,6
Contributions publiques	0,6	0,1	6,1	5,2	12,0
Transferts entre organismes	0,6	0,0	0,1	18,6	14,9
Produits financiers	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4
Autres produits	2,4	0,4	0,3	0,5	3,6
Produits	140,3	10,3	50,2	153,1	349,2

2006	Maladie	AT-MP	Famille	Vieillesse	Toutes branches
Cotisations effectives	69,2	8,2	30,1	88,5	196,0
Cotisations fictives d'employeur	1,0	0,3	0,1	33,6	35,0
Cotisations prises en charge par l'État	1,7	0,3	0,7	1,2	3,9
Cotisations prises en charge par la Sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Impôts et taxes affectés	70,6	1,5	14,2	10,8	97,0
<i>dont CSG</i>	52,4	0,0	10,7	0,0	63,2
Contributions publiques	0,6	0,1	6,4	5,3	12,4
Transferts entre organismes	0,7	0,0	0,1	19,1	15,1
Produits financiers	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4
Autres produits	2,6	0,4	0,2	0,5	3,7
Produits	146,4	11,0	52,2	159,1	363,6

Source : Annexe 4 au projet

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, visant à restructurer le texte, en regroupant les dispositions des articles 18 et 19 à l'article 18, afin de rendre le projet de loi conforme à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale qui prévoit un vote unique sur les prévisions de recettes pour 2006.

La commission a *adopté* l'article 18 ainsi modifié.

Article 19

Prévisions pour 2006 des recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Conformément au a) du 2° du C du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe, par branche, les prévisions de recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base. Cet article fait partie du *corpus* de dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition des prévisions de recettes par catégorie figure dans l'annexe 3 au projet de loi.

Pour l'année 2006, le périmètre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base se modifie. En effet, la CNSA, qui sera pleinement opérationnelle, sort de ce périmètre puisqu'elle ne verse plus de dotation à l'assurance maladie ; en revanche, elle gère par délégation une partie de l'ONDAM médico-social. Les organismes concernés par le présent article sont donc le FFIPSA et le FSV.

L'annexe 9 jointe au projet de loi donne des informations intéressantes sur l'impact des décisions prises dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (décision législative ou réglementaire). En outre, l'annexe 4 donne la répartition des recettes par catégories.

• *Le FSV*

Le montant total des recettes 2006 du FSV devrait atteindre 13,1 milliards d'euros, contre 12,5 milliards d'euros en 2005. Les recettes du FSV pour 2006 sont augmentées de 251 millions d'euros grâce, d'une part, à la réforme des modalités de prélèvement des contributions sociales sur les intérêts des PEL (151 millions d'euros) et, d'autre part, à la modification relative à la C3S (96 millions d'euros).

La majeure partie des produits du FSV consiste en des impôts et des taxes affectées, principalement de la CSG (10,2 milliards d'euros pour 2006). L'autre source de financement est les transferts entre organismes.

Compte tenu des multiples circuits de financement du FSV et notamment du circuit de la C3S, où le FSV est en fait le dernier affectataire du produit de la taxe, produit distribué auparavant à un certain nombre de régimes, il est particulièrement difficile d'estimer le montant des recettes de l'année à venir du FSV.

• *Le FFIPSA*

Le FFIPSA voit le montant de ses recettes prévisionnelles fixé à 13,9 milliards d'euros, contre 13,7 milliards d'euros en 2005 (*cf. supra*, article 4). On note le montant réduit de la catégorie « cotisations effectives » (1,9 milliard d'euros en 2005 ou 2006) et la part significative représentée par les apports constitués par les impôts et taxes affectées ainsi que par les transferts entre organismes (il s'agit des transferts de compensation interrégimes).

*

Par coordination, la commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, supprimant cet article.

La commission a donc *supprimé* l'article 19.

Article 20

Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale

Conformément au d) du 2° du C du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article propose d'approver, par branche, les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général.

Cet article fait partie du *corpus* de dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale.

Cet article est central dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Il est aussi le reflet de la modernisation que constitue la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. En effet, il est enfin proposé au Parlement d'adopter des prévisions de soldes pour l'année à venir pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'article 21 (*cf. infra*) fixant les soldes prévisionnels du régime général. Jusqu'à présent, la loi de financement de la sécurité sociale comportait des prévisions de recettes par catégories et des objectifs de dépenses de branche, pour les régimes de plus de 20 000 cotisants. Le vote des plafonds d'avance donnait un aperçu des difficultés de trésorerie prévisibles des régimes mais aucune disposition ne permettait au Parlement d'approuver formellement les niveaux de déficits de l'année à venir.

Le solde proposé pour le régime général en 2006 est différent de celui donné par la commission des comptes de la sécurité sociale : le solde proposé par la commission des comptes de la sécurité sociale est en effet un compte « hybride » qui intègre l'ONDAM 2006 (dont l'effet des mesures de maîtrise des dépenses prises par les règlements ou les conventions) mais aucune des nouvelles mesures législatives.

Il est proposé que le solde de tous les régimes de base pour 2006 soit fixé à - 10,1 milliards d'euros contre - 12,9 milliards d'euros en 2005, la majeure partie de ce solde négatif étant imputable à la situation de la branche maladie (- 7 milliards d'euros). Comme le montre l'article suivant (*cf. infra*), l'essentiel de ce déficit est porté par le régime général (- 8,9 milliards d'euros). Il faut y ajouter celui des non-salariés agricoles pour atteindre le solde « tous régimes ».

L'évolution positive entre 2005 et 2006 (réduction du déficit de 2,8 milliards d'euros) est marquée par la forte diminution du déficit de la branche maladie (réduction du déficit de 2,4 milliards d'euros), en raison de la hausse des produits et de la modération des dépenses. L'annexe 9 jointe au projet de loi précise que les mesures d'économies prévues pour 2006 sur la branche maladie atteignent 4,708 milliards d'euros, dont 2,085 milliards d'euros sur les produits de santé, 1,140 milliard d'euros sur les établissements de santé et 0,89 milliard d'euros de maîtrise médicalisée. De moindres dépenses proviennent également de la lutte contre la fraude (estimation de 150 millions), la revalorisation du forfait hospitalier (100 millions) et le dispositif relatif au ticket modérateur pour les actes lourds (100 millions).

S'agissant des produits, la hausse atteint 2,791 milliards d'euros, dont 1,011 milliard dû à des mesures législatives (taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires, PEL ...) et 1,380 milliard pour les autres mesures (dont 740 millions pour l'augmentation des taux de cotisation vieillesse). Les mesures nouvelles ayant un effet sur les dépenses des autres branches en 2006 sont d'un montant marginal (116 millions d'euros).

*

La commission a *adopté* l'article 20 sans modification.

Article 21

Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre du régime général

Conformément au d) du 2° du C du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article propose d'approver, par branche, le tableau d'équilibre du régime général. Cet article fait partie du *corpus* de dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale.

La signification politique du présent article est majeure. Il concerne en effet le solde prévisionnel du régime général, le régime le plus important en termes financiers et dont les difficultés sont les plus connues par l'opinion publique. Il est proposé d'approver un tableau d'équilibre présentant les soldes des différentes branches et le solde toutes branches du régime général pour 2006. Ce solde prévisionnel est le résultat de la « tendance » des finances du régime général, tendance dégagée par la commission des comptes de la sécurité sociale, et de la synthèse des différentes mesures proposées par le gouvernement, mesures ayant un impact à la fois sur les recettes et les dépenses et présentées non seulement dans le cadre du présent projet mais aussi dans d'autres cadres non législatifs.

Cet article fait aussi la synthèse entre les évolutions de recettes par branche du régime général approuvées auparavant (*cf. supra*, article 18) et les différents objectifs de dépenses par branche approuvés par les articles suivants du présent projet :

- article 42 pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès ;
- article 48 pour la branche vieillesse ;
- article 51 pour la branche accidents du travail – maladies professionnelles ;
- article 56 pour la branche famille.

Compte tenu de l'évolution des recettes approuvée à l'article 18 (*cf. supra*) et des différents objectifs de dépenses de branche, le solde prévisionnel du régime général en 2006 devrait atteindre - 8,9 milliards d'euros.

Ce chiffre est inférieur à la tendance 2006 du régime général prévue par la commission des comptes de la sécurité sociale (- 11,5 milliards d'euros). En effet, ce solde intègre les mesures nouvelles affectant les recettes et les dépenses du régime général, et particulièrement les augmentations de recettes des branches vieillesse et AT-MP.

Comme le montre l'annexe 9 jointe au projet de loi, le résultat de ce solde par rapport à la tendance est la combinaison d'un surcroît de produits (+ 2,727 milliards d'euros) et d'une légère variation des charges.

Le tableau ci-après fait le point sur le passage de la prévision 2006 faite par la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2005 et les prévisions du présent projet s'agissant du solde du régime général.

***Passage de la prévision 2006
au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006***

(en milliards d'euros)

	2006			Nouvelles mesures			2006		
	CCSS – septembre 2005			PLFSS 2006			PLFSS 2006		
	Charges	Produits	Résultat	Charges	Produits	Résultat	Charges	Produits	Résultat
Cnam – Maladie	138,1	130,8	-7,2		1,2	1,2	138,1	132,0	-6,1
Cnam – AT-MP	10,2	9,6	-0,6		0,4	0,4	10,2	10,1	-0,2
Cnavts – Vieillesse	83,8	81,3	-2,4		1,0	1,0	83,8	82,3	-1,4
Cnavts - Famille	53,4	52,1	-1,2	0,1	0,1	0,0	53,5	52,3	-1,2
Régime général (non consolidé)	285,4	273,9	-11,5	0,1	2,7	2,6	285,5	276,7	-8,9

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) septembre 2005, PLFSS 2006.

*

La commission a *adopté* l'article 21 sans modification.

Article 22

**Approbation pour 2006 du tableau d'équilibre des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires de base**

Conformément au d) du 2° du C du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article propose d'approuver le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Cet article fait partie du *corpus* de dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale.

Il s'agit d'approuver les objectifs de dépenses et les prévisions de recettes du FFIPSA et du FSV. Les prévisions de recettes correspondent bien à celles approuvées à l'article 19 du présent projet (*cf. supra*). Les objectifs des dépenses de ces deux organismes sont approuvés dans le cadre de l'article 58 du présent projet (*cf. infra*, article 58).

Le rapporteur souligne que le présent article ne propose d'approuver que les comptes de résultat prévisionnels de chacun des organismes pour 2006 ; il ne s'agit en aucun cas d'approuver les soldes cumulés de ces deux organismes.

• *Le FSV*

Le FSV dégagerait en 2006 un déficit de 1,5 milliard d'euros, contre - 0,6 milliard d'euros en 2004 et - 2 milliards d'euros en 2005.

S'agissant des dépenses, conformément aux recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale, l'article 46 du présent projet (*cf. infra*) propose de réformer les conditions de l'« exportation » des compléments retraite, ce qui devrait conduire à une économie de l'ordre de 50 millions d'euros en 2006. En sens inverse, l'augmentation de la cotisation vieillesse renchérit les dépenses du FSV au titre du paiement des cotisations vieillesse des chômeurs, pour un montant total de 90 millions d'euros. Le solde de ces deux mouvements est d'accroître le montant des dépenses 2006 de 40 millions d'euros. Comme cela a été montré à l'article 19 (*cf. supra*), les mesures nouvelles ont un impact positif de 251 millions d'euros sur les charges de l'établissement public.

Compte tenu de ces évolutions et par rapport au solde de la commission des comptes de la sécurité sociale (- 1,735 milliard), le montant prévisionnel pour 2006 devrait donc être de - 1,524 milliard d'euros.

• *Le FFIPSA*

En 2006, le FFIPSA enregistrerait un déficit de 1,7 milliard d'euros, soit un déficit stabilisé par rapport à 2005. Le solde pour 2006 ne prévoit pas l'éventuel versement d'une subvention par le budget de l'Etat, ce qu'autorise la législation en vigueur.

Les problèmes spécifiques au FFIPSA font l'objet de longs développements dans l'exposé général (*cf. supra*), auquel on pourra utilement se reporter.

*

La commission a *adopté* l'article 22 sans modification.

Article 23

Objectif pour l'année 2006 d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale – Prévisions pour 2006 des recettes affectées au Fonds de réserve des retraites

Conformément au b) du 2° du C du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article propose d'approuver l'objectif 2006 d'amortissement de la dette sociale par la CADES et l'affectation en 2006 de recettes au Fonds de réserve des retraites. Cet article fait partie du *corpus* de dispositions obligatoires de la loi de financement de la sécurité sociale.

S'agissant du Fonds de réserve des retraites, l'article propose d'affecter au FRR une fraction du produit estimé du prélèvement social de 2 %, pour un montant total de 1,4 milliard d'euros.

Pour l'année 2006, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,2 milliards d'euros.

Cet article n'appelle pas d'autres commentaires que ceux développés dans l'exposé général du rapporteur (*cf. supra*).

*

La commission a *adopté* l'article 23 sans modification.

Section 4

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 24

Procédure de certification des comptes des régimes autres que le régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Cet article propose d'instaurer une procédure de certification, d'une part, des comptes des régimes autres que le régime général et, d'autre part, des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

L'impératif de la certification des comptes s'inscrit dans le mouvement général de la certification des comptes publics engagé avec la LOLF. La certification des comptes permet de disposer d'une appréhension exacte des comptes, de mieux identifier les relations entre l'Etat et la sécurité sociale et enfin de disposer d'une appréhension des bilans des organismes concernés, ce qui paraît de plus en plus indispensable compte tenu de l'endettement croissant des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

Conformément au VIII du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, la Cour des comptes effectue la certification « *de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos* ». En outre, elle formule un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que des comptes par branche du régime général. Ces nouvelles missions s'exerceront pour la première fois en 2007 sur les comptes de l'exercice 2006 et il en sera rendu compte au Parlement en vue de la préparation du vote de la loi de financement pour 2008 (soit à l'automne 2007).

La loi ne donne aucune indication sur la procédure de certification des comptes des autres organismes. Aussi le présent article propose-t-il d'instaurer une procédure de certification pour les comptes de tous les autres régimes que le régime général (comptes des organismes nationaux et comptes combinés) et des organismes qui concourent au financement de l'ensemble des régimes.

Le **I** de l'article propose de compléter le chapitre IV *bis* du titre premier du livre premier du code de la sécurité sociale par un article L. 114-8 nouveau. Cet article dispose que les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières (c'est-à-dire les organismes autres que les organismes nationaux du régime général), ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes, sont certifiés par un commissaire aux comptes.

En outre, lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.

Qu'est-ce qu'un « compte combiné » ? Comme l'indique la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2005, « *la spécificité des organismes de sécurité sociale, qui ne disposent pas de fonds propres, a conduit à substituer la notion de combinaison à celle de consolidation utilisée pour les sociétés anonymes.* » Dans les branches et régimes disposant d'un réseau, les agents comptables des caisses nationales établissent les comptes combinés à partir des comptes des organismes de base et ceux de la caisse nationale. L'article 64 de la loi de financement pour 2005 (article L. 114-6 du code de la sécurité sociale) a posé les principes d'une validation des comptes des organismes locaux par les organismes nationaux, et de la transmission des comptes combinés au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes. Ces dispositions concernent tous les régimes.

La certification des comptes par deux commissaires aux comptes est une disposition bienvenue qui permet d'accroître la fiabilité de la procédure de la certification s'agissant d'organismes ayant une structure juridique et comptable complexe.

Il est également proposé qu'une norme d'exercice professionnelle, homologuée par arrêté conjoint du ministre de la justice et du ministre chargé de la sécurité sociale, après avis du Haut conseil du commissariat aux comptes, précise les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes.

Enfin, le I prévoit que les dispositions de l'article L. 140-2 du code des juridictions financières sont applicables à ces commissaires aux comptes : les magistrats de la Cour des comptes pourront demander communication aux commissaires aux comptes de ces organismes de tous les renseignements sur ces organismes ; en particulier, ils pourront demander communication de tous les documents établis conformément aux lois et règlements relatifs à la profession et au statut des commissaires aux comptes de sociétés.

Ce dispositif est applicable aux régimes de protection sociale agricole. Par cohérence, le **II** du présent article propose donc que les dispositions en vigueur du code rural prévoyant l'intervention de commissaires aux comptes au sein des caisses de la mutualité sociale agricole et des unions soient abrogées.

Le III de l'article propose de mettre en œuvre ces dispositions après la première campagne de certification qui portera sur les comptes 2006 du régime général, afin de permettre de tirer profit de l'expérience de celle-ci. Ces dispositions s'appliqueront donc « *au plus tard* » aux comptes de l'exercice 2008 : c'est donc, au plus tard, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 (projet présenté à l'automne 2009 et présentant les comptes du dernier exercice clos, c'est-à-dire 2008) qui permettra de tirer les leçons de la certification du régime général en présentant les comptes 2009 certifiés.

*

La commission a *adopté* l'article 24 sans modification.

Article additionnel après l'article 24

Responsabilité des agents comptables des organismes de sécurité sociale (articles L. 122-2, L. 122-3, L. 122-4 et L. 122-5 du code de la sécurité sociale)

La commission a examiné un amendement du rapporteur visant à fixer dans le code de la sécurité sociale les principes de l'engagement de la responsabilité personnelle des comptables des organismes de sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué que cet amendement trouve son origine dans un arrêt du Conseil d'Etat jugeant qu'une disposition réglementaire fixant le principe de responsabilité personnelle et pécuniaire de ces agents est entachée d'irrégularité au motif que la détermination de la responsabilité pécuniaire relève de la compétence du législateur.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 25

Habilitation pour 2006 des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à des ressources non permanentes

Conformément au e) du 2° du C du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article propose d'habiliter un certain nombre de régimes de base de la sécurité sociale et d'organismes à contracter des emprunts en 2006. Il s'agit d'un article obligatoire de la loi de financement.

L'article propose de plafonner le montant des avances que ces organismes peuvent contracter.

Ces organismes sont, pour 2006, au nombre de six :

- le régime général ;
- le régime des non-salariés agricoles (FFIPSA) ;

- la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) ;
- le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE) ;
- la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) ;
- la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG).

Ces plafonds, qui ne correspondent pas à un déficit autorisé, mais bien au point (prévisionnel) le plus bas de la trésorerie de ces organismes, sont donc nécessairement supérieurs aux déficits prévisionnels. Le rapporteur note que, là encore, des données de rappel sur les autorisations données dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 auraient été utiles. Conformément à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'annexe 9 jointe au projet de loi justifie les besoins de trésorerie de ces régimes et de ces organismes.

• *Le régime général*

Le plafond des ressources non permanentes du régime général est proposé pour 2006 à 18,5 milliards d'euros, en progression de 5,5 milliards d'euros par rapport au plafond autorisé par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. A titre de rappel, le plafond autorisé pour 2004 atteignait 33 milliards d'euros.

Ainsi, malgré l'amélioration prévue des comptes du régime général en 2006, il est proposé de relever le plafond en raison du solde dégradé de la trésorerie au 1^{er} janvier 2006, prévu à - 5,9 milliards d'euros (contre un solde au 1^{er} janvier 2005 de + 3,4 milliards d'euros). Selon les calculs de l'ACOSS, ce plafond de trésorerie apparaît suffisant. Un exercice de simulation de la trésorerie pour 2006 mené par l'ACOSS sur la base de ces hypothèses conduit à une variation de trésorerie de - 13,7 milliards d'euros sur l'année, hors reprise de dette par la CADES. Au solde du régime général retenu dans le présent projet (- 8,9 milliards d'euros) doivent en effet être ajoutés des tirages liés aux versements à des fonds, aux insuffisances de versements de l'Etat (au titre des compensations d'exonérations notamment) et aux dépenses du FSV.

Le solde prévisionnel au 31 décembre 2006 serait de - 19,6 milliards d'euros hors reprise de dette par la CADES en 2006. Le point bas de trésorerie se situerait à - 19,8 milliards d'euros le 28 décembre, hors reprise de dette par la CADES. Comme l'indique l'ACOSS, le respect du plafond des avances est conditionné à l'hypothèse que la reprise de dette par la CADES se situera, comme en 2005, dans les tous premiers jours d'octobre. Le solde de fin d'année ressortirait alors à - 12,9 milliards d'euros.

La légère marge par rapport au plafond, conforme aux marges des exercices précédents, permet de sécuriser le respect de celui-ci. Elle permet de faire face à une partie des aléas qui peuvent affecter ponctuellement la trésorerie, notamment en cas de croissance plus faible de l'activité et de l'emploi ou de rythme des dépenses maladie plus important que prévu. En outre, un certain nombre d'aléas pèse sur le profil de trésorerie, notamment l'éventuel remboursement par le régime général à l'Etat de 1,3 milliard d'euros de trop-perçu au titre des compensations d'allègements généraux de cotisations sociales en 2004 et les incertitudes sur les dates et les montants de versements des taxes affectées au régime général, à partir de 2006, au titre de ces compensations.

La convention régissant les rapports entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts et consignations, qui gère le compte unique de disponibilités courantes, qui date de 2001, sera renégociée au cours du premier semestre 2006.

• *Le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA)*

Le montant élevé du plafond d'avance (7,100 milliards d'euros) correspond à la situation financière très dégradée de ce régime, qui fait l'objet de longs développements dans l'exposé général (*cf. supra*). L'évaluation du montant de ce plafond repose sur les hypothèses suivantes :

- un déficit prévisionnel 2005 de 1,72 milliard d'euros et des encours à la fin 2005 ne devant pas dépasser 4,8 milliards d'euros ;
- en raison de l'absence de nouvelles recettes, le déficit 2006 atteindrait 1,76 milliard d'euros ;
- les encours au 15 et au dernier jour de chaque mois seraient susceptibles d'atteindre 6,6 milliards d'euros, des pointes intermédiaires de trésorerie pourraient conduire au dépassement de ces montants à hauteur de 300 millions d'euros ;
- les aléas liés à l'évolution des encaissements et des décaissements atteindraient 200 millions d'euros.

• *La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)*

Instituée par un décret du 19 septembre 1947, la CNRACL est un établissement public géré par la Caisse des dépôts et consignations dont l'objet est le service des pensions de retraite et d'invalidité aux agents titulaires des collectivités locales et des hôpitaux. La CNRACL recouvre également les cotisations pour le compte du Fonds d'allocation temporaire d'invalidité aux agents des collectivités locales (FATIACL) et pour le Fonds de compensation des cessations progressives d'activité des agents des collectivités locales (FCCPA).

La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales est habilitée à contracter un emprunt pour un montant de 550 millions d'euros. En 2006, ce régime devrait, comme en 2004 et 2005, dégager un résultat net positif.

• *Le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE)*

Le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, qui bénéficie d'une subvention d'équilibre de la part de l'Etat et dégage donc par construction des résultats nets en équilibre. Il n'a pas eu besoin de contracter des emprunts en 2005, contrairement aux exercices 2002 à 2004 compris.

En 2006, la gestion du FSPOIE est modifiée en raison de la mise en place d'un compte d'affectation spéciale « CAS Pension », modification consécutive à l'application de la LOLF. Désormais, les ministères concernés (principalement le ministère de la défense) géreront directement les versements auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

Compte tenu de ce nouveau système de gestion, à titre de précaution, le fonds est autorisé à contracter des emprunts, pour un montant de 150 millions d'euros.

• *La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)*

Le régime minier gère les assurances maladie, vieillesse et accidents du travail des mineurs. Compte tenu de la situation démographique du secteur, le rapport cotisants/bénéficiaires est très dégradé.

Notamment en raison d'évolutions démographiques défavorables et d'une compensation impuissante à résorber les déséquilibres, le déficit de la branche maladie est structurellement déficitaire à partir de 2005 (la branche vieillesse est équilibrée grâce à un transfert de l'Etat et à la compensation). Le déficit 2006 devrait atteindre – 29 millions d'euros. La caisse est autorisée en 2006 à contracter des emprunts pour un montant de 300 millions d'euros.

• *La Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)*

La Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) a été créée par la loi du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières. Elle est chargée, à compter du 1^{er} janvier 2005, de la gestion des prestations en espèces servies aux assurés sociaux des industries électriques et gazières en ce qui concerne les risques vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles. Le risque vieillesse du régime spécial des industries électriques et gazières fait l'objet d'un adossement au régime général (CNAV) et aux régimes obligatoires de

retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO). Chaque branche de la CNIEG (maladie, vieillesse, AT-MP, famille) affichera un résultat net égal à zéro en 2006.

La loi de financement fixe le niveau des ressources non permanentes des régimes de sécurité sociale de base ; en conséquence, le plafond proposé ne concerne que la trésorerie relative aux seuls droits de base concernés par l'adossement au régime général (partie des pensions versées par la CNIEG équivalente aux pensions du régime général). Afin de faire face au décalage entre les encaissements (transferts de la CNAV) et les décaissements (versement des pensions), la CNIEG est autorisée à contracter des emprunts en 2006, pour un montant de 475 millions d'euros (500 millions d'euros pour 2005).

*

La commission a adopté l'article 25 sans modification.

Puis la commission a *adopté* la troisième partie du projet de loi ainsi modifiée.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2006

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses de l'assurance maladie

Avant l'article 26

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à supprimer les mesures prévues à l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 concernant le dispositif de l'aide médicale d'Etat (AME).

Mme Hélène Mignon a rappelé que, après avoir affirmé dans un premier temps qu'il ne prendrait pas les mesures d'application de cet article – lesquelles aboutiraient à ce que toute personne en situation irrégulière doive justifier de trois mois de résidence continue et préalable sur le territoire français avant de pouvoir demander le bénéfice de l'AME – le gouvernement a finalement publié, l'été dernier, deux décrets le mettant en œuvre. Or cette situation engendre, outre de graves situations de détresse humaine, des problèmes de santé publique puisqu'elle accroît les risques de diffusion des agents pathogènes. Il conviendrait donc qu'une logique de santé publique et d'humanité prévale.

Mme Martine Billard a ajouté que le gouvernement doit en la matière lever l'hypocrisie. Dans les faits, les dispositions récemment adoptées vident le dispositif d'AME de son contenu. Si l'objectif du gouvernement est de supprimer

l'AME dans son principe, qu'il le dise clairement et agisse en conséquence et n'adopte pas des voies détournées.

Après que **Mme Jacqueline Fraysse** a soutenu les propos de Mme Martine Billard, **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a déclaré que l'amendement est hors du champ de la loi puisque, comme son nom l'indique, l'AME relève du budget de l'Etat et non de celui de la sécurité sociale. De plus, l'amendement est irrecevable financièrement puisqu'il accroîtrait les charges de l'Etat. Enfin, sur le contenu même de la proposition, il ne faut pas perdre de vue que le dispositif AME a subi certaines dérives financières importantes qu'il convient de corriger comme l'a mis en lumière, notamment, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales en 2003.

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

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à supprimer les dispositions de l'article 57 de la loi de finances rectificatives pour 2002, concernant la possibilité de prévoir un ticket modérateur dans le cadre de l'AME.

Mme Catherine Génisson a indiqué que cet amendement participe de la même logique que le précédent.

Suivant l'avis défavorable du **rappiteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 26

Prestations en espèces des détenus libérés et des chômeurs reprenant une activité – Fin de la majoration du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois

Cet article permet à certaines catégories d'assurés sociaux, détenus libérés et chômeurs reprenant une activité, de conserver des droits à prestations en espèces dans certaines circonstances et met fin à une disposition circonstancielle de majoration du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois qui ne se justifie plus aujourd'hui.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, visant à mieux définir les personnes bénéficiant déjà d'un congé indemnisé

auxquelles ne s'appliquera pas la suppression de la majoration de 1,9 % du taux de liquidation des indemnités journalières à compter du septième mois de leur perception.

Puis la commission a *adopté* l'article 26 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 26

**Rapport sur les indemnités de frais de déplacement
des professionnels de santé**

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel portant article additionnel et demandant un rapport du gouvernement au Parlement sur les indemnités de frais de déplacement des professionnels de santé.

M. Jean-Luc Préel a indiqué qu'il convient de faire le point sur le sujet. Alors même que le prix du carburant ne cesse d'augmenter, on peut en effet s'interroger sur les raisons justifiant des indemnités différentes selon que l'on est médecin, infirmier ou masseur-kinésithérapeute.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, ayant émis un avis favorable, **Mme Catherine Génisson**, en accord avec le contenu de l'amendement, a néanmoins regretté l'argumentation à géométrie variable de celui-ci qui encourage l'adoption d'un amendement constituant manifestement un « cavalier » alors même qu'il a émis un avis défavorable sur les précédents précisément pour ce motif.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 27

**Règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire
– Prescription de soins de masso-kinésithérapie – Possibilité de désigner
conjointement comme médecin traitant les médecins salariés exerçant dans
un même centre de santé – Prescription de dispositifs médicaux par les
sages-femmes**

Cet article comporte diverses dispositions relatives à la modification des règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire, aux prescriptions de soins de masso-kinésithérapie, à la possibilité de désigner conjointement comme médecin traitant les médecins salariés exerçant dans un même centre de santé et à la possibilité pour les sages-femmes de prescrire des dispositifs médicaux.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel supprimant le I de cet article.

M. Jean-Luc Préel a indiqué que cet amendement a pour objet de permettre à la Haute autorité de santé de continuer à donner un avis sur les décisions modifiant la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation qui ont des conséquences en terme de santé publique et ne sont pas de simples décisions tarifaires.

Défavorable dans un premier temps à la suppression du I de l'article, **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, s'est prononcé pour le maintien d'un avis de la Haute autorité de santé.

La commission a *adopté* l'amendement.

Puis, la commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian rappelant la nécessité pour les médecins de tenir compte des recommandations établies par la Haute autorité de santé.

Après que **le rapporteur** a émis un avis défavorable, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné en discussion commune un amendement de M. Dominique Tian visant à adapter le dispositif du médecin traitant aux modalités particulières d'exercice de la médecine dans les cabinets de groupe et un amendement du rapporteur précisant que les médecins qui peuvent être conjointement désignés médecins traitants au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé doivent exercer dans le cadre de la même spécialité.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a émis un avis défavorable à l'amendement de M. Dominique Tian en soulignant que si le remplaçant d'un médecin traitant indisponible peut être considéré ponctuellement comme le médecin traitant, il ne peut pas pour autant se substituer à lui dans l'exercice des missions qui lui sont confiées.

M. Jean-Marie Le Guen s'est inquiété des dérives collectivistes du rapporteur...

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement de M. Dominique Tian et *adopté* celui du rapporteur.

Mme Catherine Génisson a estimé que le nombre élevé d'amendements adoptés par la commission révèle l'état d'approximation dans lequel le texte a été livré à l'examen des parlementaires.

Puis la commission a *adopté* l'article 27 ainsi modifié.

Article 28

Dispositif de régulation des prix des médicaments et des produits ou prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour

Cet article complète, pour l'ensemble des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité (T2A), le mécanisme mis en place en 2004 de régulation des dépenses relatives aux médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour (GHS).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à supprimer la dernière phrase de l'article L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale pour supprimer la faculté offerte aux entreprises pharmaceutiques de solliciter auprès du Comité économique des produits de santé, à la place de l'application d'une décision de baisse tarifaire, le versement d'une remise à l'assurance maladie d'un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de baisse tarifaire.

Mme Jacqueline Fraysse a précisé que cette disposition, comparable à celle qui figure dans la loi relative à la solidarité et aux renouvellements urbains selon laquelle le paiement d'une amende permet aux villes de s'exonérer de l'obligation de construire 20 % de logement sociaux, n'est pas souhaitable : elle est au final préjudiciable aux assurés sociaux.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'adoption de cet amendement et a rappelé que cet article 28 vise à conférer une base juridique à un nouveau système de régulation des dépenses relatives aux médicaments et produits ou prestations pris en charge en sus des groupes homogènes de séjour, le système actuel de régulation fondé sur la fixation par le Comité économique des produits de santé de tarifs opposables ayant montré ses limites. Il convient à la fois de maîtriser la dépense et de favoriser l'innovation.

Mme Jacqueline Fraysse a vu dans ce nouveau système une démarche comptable, qui ne s'attache pas aux intérêts des assurés sociaux.

Mme Catherine Génisson a déclaré soutenir cet amendement.

Favorable à l'amendement, **Mme Martine Billard**, s'interrogeant sur le sens de l'article en discussion, s'est inquiétée de savoir quelle structure fixerait le niveau de la perte de chiffre d'affaires pouvant donner lieu à remise : est-ce l'entreprise ? Auquel cas l'entreprise pourrait y induire d'autres motifs de pertes.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à limiter le coût pour l'hôpital de l'achat de médicaments. Il convient de rendre opposable aux entreprises pharmaceutiques le « tarif de responsabilité » afin d'empêcher ces dernières de récupérer sur les établissements de santé tout ou partie de la baisse des tarifs ou pour l'hôpital d'en faire supporter le coût aux patients. Cet amendement permettrait en outre de réaliser des économies.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a objecté que les prix sont aujourd'hui fixés par les établissements ce qui induit déjà une limitation dans les remboursements des médicaments. Ces règles sont opposables à l'Etat mais pas aux fournisseurs. Puis il a donné un avis défavorable à l'adoption de l'amendement.

Mme Catherine Génisson a fait observer qu'on ne se situe pas dans le cadre d'un système de fixation des prix mais dans celui de l'établissement d'un plafond. Il s'agit effectivement d'empêcher les entreprises pharmaceutiques de pouvoir récupérer ainsi leurs pertes.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 28 sans modification.

Après l'article 28

La commission a examiné un amendement de **Mme Martine Billard** destiné à rendre obligatoire les prescriptions en dénomination commune internationale (DCI), comme cela se pratique déjà le cas dans différents pays.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, émettant un avis défavorable, a tout d'abord rappelé que la Haute autorité de santé est chargée d'établir une procédure de certification des logiciels d'aide à la prescription. Si la prescription en DCI est actuellement complexe à généraliser, elle n'en constitue pas moins un objectif vers lequel il faut tendre.

Mme Martine Billard a objecté que de tels logiciels existent déjà.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a émis le souhait que la DCI et le nom du *princeps* figurent sur les boîtes de médicaments dans des caractères de même taille.

Puis, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard visant à rendre forfaitaire le paiement du suivi médical des affections de longue durée.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a émis un avis défavorable, non sans avoir souligné ne pas être hostile par principe à cette proposition mais que celle-ci doit faire l'objet d'une concertation entre les partenaires conventionnels. Il existe d'ailleurs d'ores et déjà certaines avancées dans des voies comparables, telle que la prise en charge forfaitaire annuelle des affections de longue durée dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard visant à supprimer le dernier alinéa de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, de manière à faire disparaître la possibilité de dépassement d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins spécialistes, non précédées d'une prescription préalable d'un médecin traitant ou ne s'inscrivant pas dans le cadre d'un protocole de soins.

Mme Martine Billard a insisté sur la nécessaire responsabilisation non seulement des assurés ou des malades, mais également du médecin traitant. Il faut garder à l'esprit l'accroissement des revenus de nombreux spécialistes aujourd'hui.

Mme Catherine Génisson a abondé dans le même sens en considérant cette disposition comme injustifiable et inacceptable : il n'est pas possible de faire ainsi subir aux patients les dépassements d'honoraires de spécialistes. Cette disposition augmente par ailleurs la dépense de santé.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, émettant un avis défavorable à l'amendement, a rappelé que cette disposition résulte de la négociation conventionnelle. Il est par ailleurs important de ne pas remettre en cause un système qui incite le patient à s'inscrire dans le parcours de soins.

Mme Catherine Génisson a répété que ce système de pénalisation n'est pas acceptable et que par ailleurs il ne figure pas dans la convention passée avec les spécialistes. Il est en outre économiquement contre-productif.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à soumettre les entreprises pharmaceutiques à l'obligation de demander l'inscription au remboursement pour les médicaments titulaires d'une autorisation de mise sur le marché (AMM).

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est tout d'abord interrogé sur la fréquence des cas dans lesquels cette inscription sur la liste des produits remboursables n'a pas été demandée par des laboratoires pharmaceutiques, expliquant *a contrario* combien

les entreprises sont hostiles aux pratiques dites de déremboursement et il a donné un avis défavorable à l'adoption de l'amendement qui vise des situations sans doute très ponctuelles.

Mme Catherine Génisson s'est dite persuadée que ces cas de figure existent, évoquant le cas du Celebrex.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian prévoyant la possibilité de maintenir sur la liste des médicaments remboursables des médicaments ne donnant pas lieu à remboursement par les régimes de base afin qu'ils puissent être pris en charge par les organismes complémentaires.

M. Dominique Tian a précisé que l'amendement vise, dans les cas de déremboursement, à donner la possibilité d'une prise en charge de ces médicaments par les organismes complémentaires qui le souhaitent, sur la base du prix du fabricant, afin de conférer une souplesse plus importante au système, en particulier pour des produits thérapeutiques utiles.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est inquiété de la charge qui pourrait en résulter pour les organismes complémentaires. En outre, la qualification de service médical rendu (SMR) insuffisant ne signe pas pour autant l'inutilité d'un produit d'un point de vue médical. Il convient par ailleurs de rappeler qu'un produit déremboursé, qui relève alors du marché de l'automédication, peut en contrepartie faire l'objet de publicité.

M. Jean-Luc Préel a fait observer que la question est plus complexe qu'il n'y paraît car un même médicament peut être efficace dans telles situations, inefficace dans telles autres, citant le cas de certaines vitamines. La création d'un taux de remboursement à 0 % laisserait entière la marge de manœuvre des organismes complémentaires pour rembourser ou non, s'ils le souhaitent.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a souligné à nouveau les risques consistant à faire peser l'intégralité des remboursements sur les mutuelles.

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

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à imposer le retrait de l'AMM des médicaments présentant un SMR insuffisant ou nul.

Mme Jacqueline Fraysse a précisé qu'il est en effet non seulement inutile mais également dangereux de prescrire des produits dont il a été démontré, sur la base de critères sérieux, qu'ils ne sont pas efficaces. Une telle attitude serait

« anti-scientifique » voire méprisante vis-à-vis des intéressés. Toute la question est de déterminer si un médicament est efficace ou non et de parvenir à un consensus sur cette question.

Mme Catherine Génisson a souhaité apporter un bémol à cette dernière explication en rappelant qu'un médicament peut être plus ou moins efficace selon les cas, tout en soulignant la nécessité de sortir de l'hypocrisie actuelle en matière de remboursement, analyse que **Mme Jacqueline Fraysse** a déclaré partager.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a fait observer, à l'appui d'un avis défavorable, qu'il arrive que certains produits se révèlent moins efficaces que prévu après la délivrance de l'AMM et l'inscription au remboursement. Pour autant, un SMR insuffisant n'est pas synonyme d'absence totale d'efficacité. Il faut véritablement voir là des possibilités nouvelles pour le développement des pratiques d'automédication.

Mme Martine Billard, en reconnaissant la nécessité de ne pas rembourser des médicaments dont les effets sont incertains, a pointé le risque d'explosion des prix de certains médicaments déremboursés, car considérés comme de simple confort alors que dans les faits ils peuvent être indispensables dans la vie quotidienne, tels certains antihistaminiques.

M. Michel Heinrich s'est dit d'accord avec l'idée selon laquelle SMR insuffisant ne veut pas dire inutilité, en rappelant d'autre part que les déremboursements de certains de ces médicaments ont parfois eu des conséquences négatives, dans la mesure où ils se sont traduits par des reports sur des produits plus chers

La commission a *rejeté* l'amendement.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'étant déclaré défavorable à son adoption, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse instaurant le remboursement à 100 % de tous les médicaments titulaires d'une AMM.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

Mme Jacqueline Fraysse a précisé qu'une négociation doit s'engager avec les représentants des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, les usagers et les élus afin d'aboutir à une répartition homogène sur l'ensemble du territoire.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a déclaré partager l'objectif de l'amendement tout en s'y opposant car il sera repris dans un amendement ultérieur.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 29

Dispositions diverses relatives au dispositif du médecin traitant et aux médecins remplaçants

Cet article introduit une dérogation aux règles relatives au dispositif du médecin traitant pour certaines catégories de médecins généralistes et étend aux remplaçants les possibilités d'aides conventionnelles déjà prévues pour les médecins qui s'installent ou qui sont déjà installés dans une zone déficiente.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel précisant que les organismes gestionnaires des régimes obligatoires assurent en partenariat avec les conseils de l'ordre des médecins et les organismes représentatifs des médecins libéraux une mission d'accueil et d'information des professionnels de santé.

M. Jean-Luc Préel a précisé que l'information à l'intention des professionnels de santé, notamment au moment de l'installation des médecins, doit être organisée de façon concertée entre tous les acteurs.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable au motif qu'il s'agit d'une disposition de nature conventionnelle.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Quatre amendements ont fait l'objet d'une discussion commune de la commission : le premier du rapporteur visant à restreindre les cas de dérogation temporaire aux règles relatives au dispositif du médecin traitant dans le but d'améliorer la répartition des médecins généralistes sur le territoire ; le deuxième de Mme Jacqueline Fraysse, visant à étendre le principe de non-sanction à l'installation nouvelle des spécialistes ; le troisième de M. Jean-Luc Préel visant à étendre l'incitation aux situations de réinstallation ; le quatrième de Mme Martine Billard visant à conditionner l'aide à l'installation aux zones déficitaires.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué que son amendement vise à favoriser une meilleure répartition des généralistes sur le territoire par l'introduction d'une dérogation au dispositif du parcours de soins pour les omnipraticiens qui s'installent dans une zone déficiente.

Mme Catherine Génisson s'est étonnée, tout en approuvant le principe d'une démarche incitative, que l'on torpille le système du parcours de soins et du recours au médecin traitant instauré par la loi.

Mme Jacqueline Fraysse a précisé qu'elle propose dans le même esprit que le rapporteur d'étendre le système de dérogation aux nouveaux spécialistes. Elle a ajouté que son amendement précédemment rejeté par la commission était en fait complémentaire de l'amendement du rapporteur.

M. Jean-Luc Préel a indiqué que l'article du projet de loi répond à une demande des étudiants et des internes que l'amendement du rapporteur risque d'évincer. C'est pourquoi il est préférable d'étendre à tous les médecins libéraux récemment installés ou se réinstallant le système de dérogation, ainsi que le propose son amendement.

Mme Martine Billard a considéré qu'il est souhaitable de limiter aux zones déficitaires l'aide à l'installation des médecins généralistes comme le prévoit son amendement.

M. Maxime Gremetz a estimé que ce débat n'est pas nouveau et que ce n'est pas par le biais des incitations ou des obligations que l'on maintiendra les médecins dans les zones déficitaires. Il a cité l'exemple de la Picardie marquée par le taux le plus faible de médecins et le taux le plus élevé de mortalité. Les médecins s'en vont ou refusent de s'installer en raison des conditions de travail très difficiles. C'est donc à ce problème de fond qu'il faudrait s'attaquer.

M. Michel Heinrich a regretté qu'à force de dérogations on retire tout son sens à la loi.

Mme Catherine Génisson a considéré également qu'il faudrait s'attaquer au problème de fond et donc à l'organisation de l'internat national. L'amendement du rapporteur brouille l'esprit de la loi, il est anti-pédagogique et ne contribuera certainement pas à la responsabilisation des patients.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a admis que son amendement ne règle pas le problème général de la libre installation des médecins traitants. Il instaure une mesure transitoire en réduisant l'application des mesures dérogatoires aux zones déficitaires en médecins.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur. En conséquence, les amendements de Mme Jacqueline Fraysse, de M. Jean-Luc Préel et Mme Martine Billard sont devenus *sans objet*.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel autorisant la majoration des tarifs des professionnels de santé libéraux installés en zones déficitaires.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable en considérant que ces dispositions relèvent du domaine conventionnel.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a *adopté* l'article 29 ainsi modifié.

Après l'article 29

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'étant déclaré défavorable, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à supprimer le forfait hospitalier.

Article 30

Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé

Cet article aménage le mécanisme de convergence des cliniques privées, étend pour les établissements antérieurement sous dotation globale la liste des prestations financées à l'activité intégralement dès 2005 et vise, au travers des règles d'autorisation des établissements, à limiter les effets inflationnistes de la T2A.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

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

Mme Jacqueline Fraysse a précisé que le plan « Hôpital 2007 » enfonce les hôpitaux et qu'il faut le suspendre.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a déclaré ne pas partager cette analyse.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian fixant les priorités qui doivent guider les directeurs d'agences régionales d'hospitalisation dans la modulation du taux de convergence des établissements et précisant notamment que le processus de convergence ne pourrait pas avoir pour effet de diminuer les ressources d'un établissement.

M. Dominique Tian a indiqué qu'il s'agit d'apporter des précisions sur le processus de convergence intrasectorielle du secteur privé. Les établissements privés craignent en effet que la convergence intrasectorielle n'emporte des conséquences négatives pour certains d'entre eux.

Mme Catherine Génisson s'est exprimée contre le principe de la convergence public-privé en rappelant que le secteur privé accueille beaucoup moins de pathologies lourdes et coûteuses que les établissements publics.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'amendement et a rappelé que le principe de convergence exige le respect d'un certain équilibre financier et qu'il est impossible de déroger à la règle suivant laquelle les établissements surdotés doivent compenser les établissements sous-dotés. Par ailleurs, les avis divergent sur ce problème de convergence, certains considérant que la convergence doit s'effectuer à l'intérieur du secteur privé ou à l'intérieur du secteur public, d'autres que les procédures doivent se croiser. L'IGAS est chargé d'un rapport sur la définition de ce principe de convergence et une étude nationale d'analyse des coûts va être engagée.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian ayant pour objet de définir une progression régulière de la transition vers le système de tarification à l'activité pour les établissements publics jusqu'en 2012.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'amendement en précisant que les outils de convergence sont en cours d'évaluation et que les conclusions de l'IGAS sur ce dossier devraient intervenir à l'automne 2006.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a également *rejeté* un amendement de M. Dominique Tian prévoyant que l'hospitalisation à domicile pourra bénéficier d'un financement intégral sur la base des tarifs nationaux de prestation, **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, se déclarant défavorable à un amendement qui restreint aux prestations afférentes à l'hospitalisation le champ des activités facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs alors que le projet de loi vise les modalités de prise en charge alternative à l'hospitalisation complète, ce qui intègre également la chirurgie ambulatoire.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian précisant que les sanctions contre les établissements ne pourront s'appliquer que si la somme des objectifs quantifiés sur les territoires dans l'activité de soin considérée est dépassée.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable au motif que l'amendement contredit la logique d'individualisation des établissements qui préside à la réforme proposée.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à supprimer le III et IV de l'article.

M. Jean-Luc Préel a précisé que la tarification à l'activité consiste à rémunérer l'établissement en fonction de la quantité de soins distribuée, que ce système est par nature inflationniste et qu'il est inopportun en conséquence de prévoir des pénalités en cas d'augmentation de l'activité. De surcroît on pénalise des actes nécessaires tels qu'une utilisation plus importante que prévue de pacemaker, ce qui ne répond à aucune logique.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'amendement. Il faut définir des missions clairement identifiées, ce que prévoit le projet de loi, et si des actes supplémentaires sont effectués, c'est que les objectifs avaient été mal évalués. Par ailleurs, il n'est pas souhaitable de remettre en cause la possibilité de sanctions dans le cadre de cet article et le mécanisme d'entrée en vigueur progressive du nouveau dispositif, tel qu'il figure au IV de l'article.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a *adopté* l'article 30 sans modification.

Article additionnel après l'article 30

Amélioration de l'évaluation des soins courants en milieu hospitalier

La commission a examiné un amendement de M. Pierre-Louis Fagniez visant à faciliter une meilleure évaluation des soins courants dispensés aux patients hospitalisés.

M. Pierre-Louis Fagniez a précisé qu'il s'agit d'une mise en cohérence entre la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie. L'exclusion des évaluations des soins courants du champ des recherches biomédicales doit permettre en effet une évaluation plus rationnelle et continue de ces soins en vue de permettre des prescriptions adéquates et de réaliser en conséquence des économies. Il s'agit en fait de comparer deux types de traitement répondant à un même besoin et d'évaluer celui qui présente le meilleur rapport efficacité-coût, afin d'inciter les médecins à mettre en place une démarche vertueuse d'économie.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est toutefois interrogé sur l'impact de cet amendement sur le financement de la sécurité sociale, en proposant de présenter celui-ci dans un véhicule législatif plus adapté, par exemple le projet de loi de programmation sur la recherche, qui doit être examiné prochainement par le Parlement.

Après avoir rappelé qu'il est cosignataire de l'amendement, **le président Jean-Michel Dubernard** a souligné l'intérêt de celui-ci dans de très nombreuses situations cliniques, en citant notamment l'exemple de certaines sondes.

Après que **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, s'est déclaré convaincu par les arguments avancés par les auteurs de l'amendement, la commission a *adopté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a ensuite *rejeté* un amendement de M. Bruno Gilles présenté par **M. Dominique Tian**, visant, pour certains médicaments destinés à traiter des maladies orphelines, à exclure la possibilité de modifier la première convention conclue entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et l'entreprise pharmaceutique.

Elle a également *rejeté* un amendement de M. Bruno Gilles, présenté par **M. Dominique Tian** tendant à exclure les médicaments orphelins de l'assiette de la taxe sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant précisé que celui-ci est satisfait par un amendement précédemment adopté par la commission à l'article 15.

Article 31

Répartition des crédits finançant la prise en charge des patients en unités de soins de longue durée

Cet article propose de revenir sur le transfert à la CNSA de la gestion des objectifs de dépenses des établissements de soins de longue durée, avec hébergement, pour des personnes dépendantes, qui a été opéré par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005. Ces dépenses seront à nouveau traitées selon la procédure de droit commun de l'ONDAM. En outre, afin de permettre aux préfets et directeurs régionaux de l'hospitalisation de répartir, par établissement, les crédits sanitaires de l'ONDAM et les crédits d'action médico-sociale gérés par la CNSA, un nouvel outil serait mis en place : le référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée qui permettra de déterminer si ces personnes relèvent d'une prise en charge par l'assurance maladie ou par le secteur médico-social.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

M. Maxime Gremetz a présenté un amendement de suppression de l'article. Il a jugé que le transfert vers le secteur médico-social d'une partie des crédits consacrés aux soins de longue durée est inacceptable car il est motivé par des considérations budgétaires alors même que la politique sanitaire relève de la responsabilité de l'Etat.

M. Denis Jacquat s'est opposé à l'amendement tout en demandant à avoir plus de précisions sur le référentiel qui doit être élaboré. Certains départements disposent d'unités de soins dont la totalité des places est occupée par des patients ayant besoin d'un traitement sanitaire alors que d'autres départements ont des unités où il existe un mélange des patients nécessitant des soins sanitaires et des patients demandant un traitement médico-social. Un référentiel national serait nécessaire pour assurer l'égalité de traitement entre tous les départements.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a fait valoir que le dispositif de l'article 31 vise à mieux répartir les charges en fonction des besoins réels. Il est indispensable de s'appuyer sur des éléments concrets pour répartir les crédits ; c'est la tâche actuelle d'un groupe de travail dirigé par M. Michel Thierry, inspecteur général de l'action sociale. Un référentiel national est en cours d'étude.

suivant l'avis défavorable du **rapporiteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* un amendement de précision de Mme Cécile Gallez au II de cet article.

M. Jean-Luc Préel a présenté un amendement proposant une nouvelle rédaction des paragraphes III à V. Il a estimé nécessaire de préciser clairement qui est en charge de la mission de redéfinition des soins de longue durée, à savoir les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation. Il y a lieu de respecter l'autonomie juridique des établissements publics de santé et de réintroduire une prise de position du conseil d'administration de l'établissement gestionnaire sur le devenir de l'unité de soins de longue durée. Les délais prévus pour la redéfinition doivent être également revus. Par ailleurs, il n'est pas possible d'imposer aux établissements de santé une procédure arbitraire de répartition des places et des crédits sur la base d'une « clé de répartition » au motif que la date du 1^{er} janvier 2007 ne serait pas respectée. Pour beaucoup d'hôpitaux la répartition géographique des crédits n'est pas satisfaisante. Il faut avoir conscience que lorsque l'état d'un patient s'aggrave, celui-ci reste dans le même lit.

M. Denis Jacquat a souligné que l'état physique ou psychologique d'un patient évoluait substantiellement sans que l'établissement ne le transfère dans un autre établissement.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a fait valoir que si le dispositif de l'article peut paraître complexe, il convient de respecter les attributions respectives du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du préfet dans les domaines de l'action sanitaire et de l'action médico-sociale. L'Inspection générale de l'action sociale conduit actuellement des travaux d'évaluation pour la confection du référentiel. En dernier lieu, un dispositif de sécurité est nécessaire en cas de désaccord entre l'Etat et les établissements sur la répartition des crédits. Le gouvernement estime qu'à l'échelon national environ 10 % des places devraient être redéfinies. Le plus important est de fournir aux établissements des dotations proportionnelles à leurs besoins réels. Ceux-ci ne sont pas faciles à identifier ; c'est ce pour quoi le référentiel est conçu.

La commission a *rejeté* l'amendement.

suivant l'avis favorable du **rapporleur**, la commission a *adopté* un amendement de Mme Cécile Gallez clarifiant la rédaction du paragraphe III et soumettant le projet de référentiel à l'avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Puis la commission a *adopté* l'article 31 ainsi modifié.

Article 32

Convention pluriannuelle, forfait soins des établissements médico-sociaux et fonctionnement des pharmacies à usage interne

Cet article reporte au 31 décembre 2007 les dates limites de signature des conventions tripartites par les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et les logements-foyers.

En second lieu, il modifie le périmètre des prestations médicales prises en compte pour le calcul des tarifs soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Il prévoit que pour les établissements accueillant des personnes âgées disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) et pour les établissements accueillant des personnes âgées membres d'un groupement de coopération sanitaire ou médico-sociale qui dispose d'une PUI, le tarif soins comprend les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Cette prise en charge des médicaments par le forfait de soins est également ouverte, sur leur demande, à tous les autres établissements accueillant des personnes âgées.

Enfin, cet article permet aux groupements de coopération médico-sociale de gérer une PUI commune et aux pharmaciens titulaires d'une officine d'assurer la gérance d'une PUI.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

M. Jean-Luc Préel a présenté un amendement de suppression de l'article au motif qu'il n'est plus acceptable que l'Etat repousse d'année en année la date limite de signature des conventions tripartites. Il est grand temps de prévoir les enveloppes budgétaires nécessaires à la médicalisation des établissements.

M. Maxime Gremetz a soutenu l'amendement.

Mme Danièle Hoffman-Rispal a estimé qu'il n'est pas aussi facile qu'il y paraît de signer ces conventions tripartites et s'est déclarée plus inquiète par les dispositions relatives aux médicaments et aux pharmacies contenues dans l'article. Une nouvelle fois certains médicaments sont réintroduits dans le forfait soins des établissements après en avoir été retirés il y a quelques années. Cette instabilité est de mauvaise gestion.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a convenu des inconvénients de ces allers-retours juridiques. Aujourd'hui un peu plus de la moitié des 8 000 établissements ont signé leur convention tripartite. Il est nécessaire d'accompagner cette évolution et face aux difficultés de reporter un peu les dates limites de signature.

Siivant l'avis défavorable du **rappoiteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse, a présenté un amendement tendant à limiter l'assouplissement prévu par le V de l'article à la possibilité pour un même pharmacien de gérer une officine et une pharmacie à usage interne.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a donné un avis favorable et souligné qu'il convient de maintenir la règle de base fixée par le sixième alinéa de l'article L. 5125-17 du code de la santé publique et de prévoir une dérogation uniquement pour permettre la gérance d'une pharmacie à usage intérieur.

M. Michel Heinrich a approuvé l'amendement qui lui paraît d'autant plus nécessaire qu'on manque de pharmaciens diplômés.

La commission a *adopté* l'amendement.

M. Dominique Tian a retiré son amendement tendant à autoriser la gérance d'une pharmacie à usage intérieur dans les établissements mentionnés aux d) et e) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, ayant fait valoir que l'amendement étendait le dispositif de l'article à la gérance des pharmacies des établissements de soins privés alors que le projet de loi se limite au secteur médico-social.

Suivant l'avis favorable de **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, et après que **M. Maxime Gremetz** a proposé d'exiger une mise en concurrence non faussée, la commission a *adopté* un amendement de Mme Cécile Gallez tendant à prévoir une procédure de mise en concurrence au cas où plusieurs candidats à une gérance seraient installés sur une même commune.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, qui a estimé la proposition hors du champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la commission a ensuite *rejeté* un amendement de M. Dominique Tian tendant à confier aux pharmaciens une mission de sécurité des actes pharmaceutiques dans le cadre du dossier médical personnel.

Puis la commission a *adopté* l'article 32 ainsi modifié.

Article 33

Transfert du financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues et des lits halte soins santé à l'assurance maladie – Création d'un nouvel objectif médico-social

Cet article vise à permettre la prise en charge par l'assurance maladie des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) ainsi que des lits halte soins santé (LHSS). Il crée en outre un objectif de dépenses médico-social spécifique concernant les établissements médico-sociaux hors champ de compétence de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné deux amendements de suppression de l'article, respectivement de M. Jean-Luc Préel et de Mme Jacqueline Fraysse.

M. Jean-Luc Préel a indiqué que le financement de la prévention et de l'éducation à la santé est une compétence de l'Etat. Si celui-ci décide et contrôle, il doit également assumer les charges correspondantes. Ce n'est donc pas à l'assurance maladie de prendre en charge le financement des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARRUD).

M. Maxime Gremetz a considéré dans le même sens que tout ce qui relève de la politique de santé publique doit rester de la responsabilité régionale

de l'Etat. En fait, ce dernier veut prendre les décisions mais se défausse ensuite sur la sécurité sociale pour les financements.

Mme Martine Billard a demandé de quelle façon ce transfert de l'Etat vers l'assurance maladie serait compensé par l'Etat.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, est d'abord revenu sur l'article 6 du présent projet, relatif à la prise en charge en 2005 par l'assurance maladie du financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave : il n'était pas opportun de supprimer cet article, comme l'a fait la commission hier, car dans ce cas de figure tous les Français sont concernés.

Il en va différemment pour les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues, qui concernent une population particulière. Certes, ce type de transfert de charges vers l'assurance maladie n'est pas nouveau, comme le montre l'exemple des appartements de coordination thérapeutique ou des centres de soins spécialisés aux toxicomanes. Il faut en comprendre la finalité et l'intérêt mais il n'est pas pour autant souhaitable de remettre en cause dans sa totalité le dispositif proposé par l'article 33 du projet.

En conséquence, il convient de rejeter les deux amendements de suppression de l'article tout en réservant la possibilité de déposer des amendements dans le cadre de la réunion que la commission tiendra en application de l'article 88 du Règlement.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

Elle a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à confier la répartition de la dotation régionale relative au nouvel objectif de dépenses médico-social au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, cette dernière étant compétente en matière sanitaire.

M. Jean-Luc Préel a indiqué qu'il n'y a pas de raison que cette répartition relève du préfet.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, qui a rappelé que cette procédure concerne précisément le secteur médico-social et non le secteur sanitaire, la commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a *adopté* l'article 33 sans modification.

Article 34

Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des groupements d'entraide mutuelle, de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et des services de soins infirmiers à domicile

Cet article organise le financement par la CNSA des groupements d'entraide mutuelle dans le domaine du handicap psychique, de la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et des services de soins infirmiers à domicile. Il permet également d'affecter les crédits non consommés de la CNSA à des dépenses relatives à des opérations d'investissement et d'équipement pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements entrant dans le champ des objectifs de l'ONDAM médico-social géré par la CNSA.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

M. Dominique Tian a présenté un amendement de suppression de l'article, au motif que les ressources tirées de la journée de solidarité ne peuvent pas servir au gouvernement de variable d'ajustement budgétaire pour mener une politique d'investissements dans la modernisation et la mise aux normes de sécurité des établissements médico-sociaux.

Mme Danièle Hoffman-Rispal s'est opposée à l'amendement. Il est urgent d'humaniser les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, dont certains ne sont pas dignes de recevoir des personnes. La norme J qui a été mise en place pour l'accueil des personnes dépendantes et la mise aux normes de sécurité de ces établissements ont conduit parfois à quintupler les investissements nécessaires. La mesure proposée par le gouvernement est donc utile.

M. Denis Jacquat a approuvé les propos de Mme Danièle Hoffman-Rispal.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a fait valoir que le dispositif vise à utiliser des crédits non consommés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie pour faire face à des besoins urgents.

Suivant l'avis défavorable du **rapporiteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Puis, suivant l'avis favorable de **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *adopté* deux amendements de Mme Cécile Gallez, le premier tendant à soumettre à l'avis

de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie l'arrêté ministériel fixant les modalités d'utilisation des crédits tirés de son budget, et, le second, à procéder à une coordination.

La commission a *adopté* l'article 34 ainsi modifié.

Article 35

Modalités du financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine par voie transfusionnelle

Cet article procède à une modification des modalités du financement de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine (VIH) par voie transfusionnelle, à la suite de la prise en charge de cette nouvelle mission par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

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

M. Maxime Gremetz a fait valoir que cet amendement vise à revenir sur la suppression de la dotation de l'Etat à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) au titre de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine. L'indemnisation du préjudice subi doit relever de la responsabilité de l'Etat, donc du financement de l'Etat, et non de la sécurité sociale.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à cet amendement, considérant que le nombre des demandes d'indemnisation au titre de la contamination par voie transfusionnelle diminue et que par ailleurs l'ONIAM dispose aujourd'hui de dotations très suffisantes pour assurer cette mission.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a *adopté* l'article 35 sans modification.

Article 36

**Financement de la protection complémentaire
de la couverture universelle du risque maladie**

Cet article précise les modalités du financement du dispositif de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). A cet effet, il procède à trois modifications : l'accroissement du taux de la taxe sur les organismes complémentaires au profit du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU) ; l'augmentation du forfait de la CMU-C ; l'augmentation du crédit d'impôt au bénéfice des personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de la CMU-C.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 36 sans modification.

Article 37

Modification de la règle d'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur pour les actes dont le tarif est supérieur à 91 euros

Cet article a pour objet de limiter le champ de la règle d'imputation du ticket modérateur sur le forfait journalier afin d'instituer, par voie réglementaire, une participation forfaitaire sur les actes actuellement exonérés du ticket modérateur au motif que leur valeur dépasse 91 euros.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné quatre amendements de suppression de l'article, respectivement de M. Jean Luc Préel, Mme Martine Billard, Mme Jacqueline Fraysse et M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Luc Préel a jugé nécessaire de supprimer cet article, qui prévoit de laisser à la charge de l'assuré un forfait de 18 euros pour les actes médicaux d'un montant supérieur à 91 euros. Il s'agit là en effet d'une mesure qui relève de la maîtrise comptable des dépenses et qui est contraire aux intérêts de santé publique. Elle ne s'appliquera pas à des actes bénins ou de confort et risque de surcroît de s'avérer coûteuse sur le long terme, dans la mesure où de nombreuses personnes défavorisées risquent de renoncer à des actes de prévention tels que la

côloscopie. En réalité, cet article procède à un changement profond de l'ensemble du fonctionnement de l'assurance maladie.

Mme Martine Billard a rappelé qu'après le forfait hospitalier, puis la participation d'un euro, c'est à présent un forfait de 18 euros qu'il est proposé d'instituer : on peut se demander quand ce processus s'arrêtera. Il s'agit d'une rupture condamnable avec la conception initiale de la protection sociale et d'un glissement vers un système assurantiel.

M. Maxime Gremetz a abondé dans ce sens, considérant que la prise en charge à 100 % des interventions lourdes constitue l'un des principes de base de la sécurité sociale et que chacun doit rester libre de ne pas souscrire un contrat de couverture complémentaire si tel est son choix. De plus, cette mesure devrait rapporter 100 millions d'euros que l'on peut mettre en regard des 250 millions d'euros de pertes de recettes fiscales qui découleront de l'instauration du « bouclier fiscal » en faveur des hauts revenus.

Mme Danièle Hoffman-Rispal a ajouté que l'on ignore aujourd'hui de quelle façon les mutuelles prendront en charge les 18 euros et même si elles le pourront. Cette somme est en outre loin d'être négligeable pour les personnes les plus démunies qui renonceront à des actes de prévention faute de moyens, mettant ainsi leur santé en danger.

M. Maurice Giro a tout d'abord rappelé que de nombreuses personnes seront exonérées de cette participation, en particulier les femmes enceintes, les nouveaux-nés hospitalisés, les titulaires d'une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité, ainsi que les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD). Ne seront pas non plus concernés les actes de biologie et radiologie. Enfin, la participation de 18 euros sera prise en charge par l'Etat pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Après s'être déclaré surpris d'entendre M. Maxime Gremetz défendre les intérêts des mutuelles, **M. Laurent Wauquiez** a considéré que, de fait, la charge représentée par cette contribution ne pèsera pas sur les ménages.

M. Jean-Marie Le Guen a jugé préférable d'inscrire le montant de cette participation dans la loi afin que le gouvernement ne soit pas tenté de l'augmenter régulièrement par voie réglementaire. En réalité, il semblerait que la majorité règle ses comptes avec les mutuelles, accusées de faire de l'argent sur le dos des assurés. En tout état de cause, si l'intention n'est pas de faire peser cette participation sur les ménages, mais sur les mutuelles, autant les taxer directement, ce qui aurait au moins le mérite de la transparence. Quelle crédibilité et quelle lisibilité peut-on accorder à une politique, dont le gouvernement affirmait il y a quelque mois, lors de la réforme de l'assurance maladie, qu'elle ne donnerait lieu ni à des déremboursement, ni à des transferts vers des organismes complémentaires, alors qu'aujourd'hui tel semble au contraire être le cas ? Au-

delà du montant de la participation, qui varie d'ailleurs selon les déclarations du ministre de la santé et des solidarités, il est très préoccupant qu'une brèche soit ainsi ouverte et qu'un des principes fondamentaux de notre système de sécurité sociale soit écorné.

M. Maxime Gremetz a ajouté que, quand bien même différentes catégories de personnes en seraient exonérées, l'institution de cette participation de 18 euros constitue une véritable provocation pour les deux millions et demi de travailleurs pauvres. Par ailleurs, si personne n'est concerné par cette participation, pourquoi l'instaurer ?

Se déclarant défavorable aux quatre amendements, **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a jugé disproportionnée la réaction suscitée par cet article. En effet, environ 92 % des Français sont couverts par une mutuelle et 4 % n'en ont pas car ils ne le souhaitent pas. Ce sont les mutuelles, et non pas les ménages, qui devront assumer cette nouvelle charge. Cette mesure vise par ailleurs à mettre un terme à une situation arbitraire, liée à la règle obsolète du « K50 » qui présente un fort effet de seuil. Il est enfin tout à fait cohérent que cette mesure soit prise en charge par les mutuelles.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé l'importance des principes fondateurs ayant présidé à l'instauration du système français de sécurité sociale il y a soixante ans. Or il est vrai que certaines mesures prises aujourd'hui ne vont pas toujours dans le sens de cet idéal, s'agissant notamment des dépenses prises en charge par les mutuelles.

La commission a *rejeté* les quatre amendements de suppression.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à soustraire du champ de la contribution forfaitaire de 18 euros les actes présentant un caractère d'urgence déterminé par le professionnel de santé qui les réalise.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a précisé que, dans la mesure où la majorité des actes concernés sont des actes chirurgicaux, il est normal que les situations d'urgence soient exclues de la mise en œuvre de ce dispositif. La notion d'urgence sera définie par les professionnels de santé.

M. Jean-Marie Le Guen a opposé à cette proposition le fait que l'établissement d'un ticket modérateur vise à inciter les personnes concernées à modérer leur consommation d'un produit. Or dans le cas d'actes lourds, la notion de modération de la consommation n'a pas lieu d'être car l'intéressé ne choisit pas, par définition, ce type d'intervention. On peut comprendre le souci d'atténuer l'effet de la mesure proposée. Mais l'amendement proposé conduirait à des reports d'activité considérables sur les services d'urgence et, plus largement, sur les établissements de santé au détriment du fonctionnement général de l'appareil de

soins. En outre, ne pourrait-on imaginer, dans certains cas, que des patients soient tentés de retarder certaines interventions afin de bénéficier de leur qualification d'actes d'urgence, ce qui constituerait naturellement un effet pervers de la mise en œuvre de cette mesure ?

M. Maxime Gremetz a estimé qu'on atteint avec cet amendement un niveau d'incohérence absolu. La mesure prévue par cet article est injuste et fait grand bruit, car elle constitue une forme de remise en cause du libre accès au système de santé. Voilà qu'on veut maintenant corriger cette mesure : mais il s'ensuivra une aggravation dramatique de l'engorgement des urgences que l'on peut déjà constater aujourd'hui.

Le président Jean-Michel Dubernard a estimé nécessaire de modifier la rédaction de cet amendement compte tenu, notamment, du risque présenté pour le fonctionnement des services d'urgence. Aussi est-il sans doute préférable qu'il soit retiré à ce stade de la discussion. Il importe en particulier de savoir comment définir les actes qui présentent un caractère d'urgence.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a précisé que la question du transfert de l'activité vers les services d'urgence doit aussi être appréciée au regard de la réalité ou non du caractère d'urgence des soins pris en charge dans ces services aujourd'hui. En outre, les actes seront définis comme tels par les professionnels : or il est évident qu'une coloscopie réalisée en urgence n'est pas de la même nature qu'une coloscopie programmée.

Le président Jean-Michel Dubernard a objecté que les cas sont très différents selon les spécialités.

M. Pascal Ménage a également jugé très dangereux le transfert des soins vers les services d'urgence tel qu'il résulterait de l'application de cet amendement.

M. Jean-Luc Préal a rappelé être favorable à la suppression de l'ensemble de l'article 37, mais si l'on souhaite prévoir des exceptions à l'application de cette mesure, autant y ajouter aussi les actes de prévention et de dépistage, qui n'ont pas à être soumis à une telle contribution forfaitaire.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a retiré l'amendement.

La commission a adopté l'article 37 sans modification.

Après l'article 37

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Perrut, présenté par **Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse**, tendant à prévoir la prise en charge par l'assurance maladie d'une séance annuelle de bilan

thérapeutique et de traitement podologique pour les assurés sociaux âgés de plus de 65 ans.

Arguant de l'accroissement des charges publiques qui résulteraient de l'application de cet amendement, **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis défavorable à son adoption.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de **Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse**, visant à soustraire les personnes atteintes d'affections de longue durée (ALD) du champ de la participation forfaitaire d'un euro instituée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est dit défavorable à cet amendement : il n'apparaît pas opportun de rouvrir ce débat et, par ailleurs, il convient de rappeler l'existence du plafonnement annuel et journalier de cette contribution.

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse, a *retiré* l'amendement, repris aussitôt par **M. Maxime Gremetz**.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 38

Messages à caractère sanitaire dans les publicités alimentaires

Cet article précise à la fois le principe selon lequel toute publicité alimentaire doit être assortie d'un message à caractère sanitaire et son aménagement par l'acquittement d'une contribution financière à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

Suivant l'avis défavorable de **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* un amendement de suppression de l'article de M. Jean-Marie Le Guen.

La commission a examiné un amendement de M. Maxime Gremetz proposant une nouvelle rédaction de l'article 38, dans le but de sensibiliser au risque d'obésité les annonceurs et les promoteurs de messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou

de produits alimentaires manufacturés diffusés par voie d'affichage, par la télévision ou la radiodiffusion ou par voie de services de communication au public en ligne, afin qu'ils intègrent dans leurs messages une information sur ce risque, comme cela a déjà été fait dans le cadre de la prévention concernant l'usage du tabac. Ceux qui ne respecteraient pas ces dispositions seraient assujettis à une taxe établie au profit de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Un tel dispositif ne serait pas coûteux pour les finances publiques.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur** qui a jugé le texte initial de l'article plus clair, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles défendu par **M. Dominique Tian** tendant à supprimer le paragraphe I de l'article 38, relatif à l'obligation d'information à caractère sanitaire des messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés.

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

La commission a *adopté* l'article 38 sans modification.

Après l'article 38

La commission a examiné un amendement de M. Maxime Gremetz visant à supprimer la contribution forfaitaire d'un euro prévue par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Suivant l'avis défavorable du **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 39

Pérennisation, élargissement des missions et montant de la dotation pour 2006 du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

Composé de deux paragraphes, cet article a pour objet de pérenniser le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), de préciser ses missions et de déterminer le montant de sa dotation de financement au titre de l'année 2006.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à supprimer la prise en charge du dossier médical personnel (DMP) par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

M. Jean-Luc Préel a tout d'abord salué la pérennisation du FAQSV, dont la dotation est de 110 millions d'euros pour 2006. Or le coût de l'expérimentation relative au DMP actuellement engagée, qui concerne 30 000 patients, est évalué à 200 millions d'euros. Dès lors, comment le FAQSV pourrait-il financer la généralisation de ce dispositif dans les années à venir ? Il conviendrait donc de prévoir, en particulier pour l'année 2006, une modalité de financement spécifique du DMP.

Mme Martine Billard a elle aussi jugé insuffisantes les dotations du FAQSV prévues en 2006 pour le financement du DMP. Par ailleurs, il existe aujourd'hui d'autres priorités pour lesquelles la question du financement reste ouverte, par exemple les maisons médicales de garde.

M. Maxime Gremetz a déclaré soutenir cet amendement.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a donné un avis défavorable à l'adoption de l'amendement, au motif que le plafond de dépenses a été fixé à 150 millions d'euros pour 2006. En outre, certaines dépenses, précédemment prises en charge par le FAQSV, sont désormais financées par l'assurance maladie, par exemple les centres de régulation ; celles-ci représenteraient environ 20 millions d'euros d'économies pour le fonds en 2005. Le problème de financement soulevé par cet amendement n'est donc pas fondé.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 39 sans modification.

Article 40

Montant pour 2006 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés

Cet article porte à 327 millions d'euros le montant pour 2006 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 40 sans modification.

Article additionnel après l'article 40

Pérennisation de l'aide financière aux établissements privés fortement sous-dotés ayant bénéficié de subventions du Fonds pour la modernisation des établissements publics et privés dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité

Suivant l'avis favorable de **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a adopté un amendement portant article additionnel de M. Dominique Tian défendu par **M. Pascal Ménage** tendant à pérenniser l'aide financière aux établissements privés fortement sous-dotés ayant bénéficié de subventions du Fonds pour la modernisation des établissements publics et privés dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

Article 41

Contribution pour 2006 de l'assurance maladie au financement de stocks de produits de santé nécessaires en cas de menace sanitaire grave

Le premier alinéa de cet article a pour objet de fixer à 175 millions d'euros pour 2006 le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds de concours destiné à l'achat et au stockage de produits prophylactiques ou de traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel tendant à supprimer cet article.

M. Jean-Luc Préel a indiqué que l'amendement s'inscrit dans le cadre du débat qui a eu lieu lors de la précédente réunion de la commission sur l'opportunité de maintenir l'article 6 du projet de loi et qui a conduit à sa suppression. De la même façon et pour les mêmes raisons, il convient de supprimer l'article 41 du projet. La prise en charge des menaces sanitaires graves constitue en effet une des missions régaliennes de l'Etat. Par conséquent, celles-ci doivent être financées sur le budget de l'Etat et non par l'assurance maladie.

Après que **M. Maxime Gremetz** et **Mme Martine Billard** ont soutenu l'argumentation de l'auteur de l'amendement, **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a émis un avis défavorable.

Poursuivant le débat, **M. Jean-Marie Le Guen** a indiqué que les interrogations soulevées par ses collègues sont parfaitement légitimes. Il ne faut cependant pas perdre de vue l'évolution du dispositif de l'assurance maladie qui tend, ces dernières années, vers une prise en charge de plus en plus large des risques sanitaires, la prise en charge des examens de dépistage du cancer du sein en est un exemple. De sorte qu'une approche purement dogmatique distinguant ce qui relève d'un côté de l'Etat et, de l'autre, de l'assurance maladie n'a plus de sens aujourd'hui. Le système est actuellement au milieu du gué. Le plus important est donc moins de faire pencher la balance dans un sens ou dans un autre que de maintenir une capacité d'intervention en instituant une certaine souplesse dans le dispositif et de dire les choses clairement en annonçant ce que l'on fait. Or, de ce point de vue, il y a de véritables carences. L'exemple de l'affectation des taxes sur le tabac et sur l'alcool montre que l'Etat agit en réalité sans vision d'avenir mais simplement au gré de ses besoins financiers immédiats.

Le président Jean-Michel Dubernard ayant indiqué que, si gué il y a, c'est entre la nationalisation et la privatisation de la sécurité sociale, **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, s'est félicité des propos tenus par M. Jean-Marie Le Guen qui vont dans le sens du projet de loi, ajoutant que, selon lui, le financement par l'assurance maladie a en outre l'avantage de permettre, dans les faits, un déploiement plus rapide du dispositif.

M. Jean-Marie Le Guen a précisé que s'il partage le point de vue de la majorité sur ce point il demeurerait toutefois très vigilant sur l'emploi des sommes débloquées pour faire face au risque de pandémie de grippe aviaire. Les travaux actuellement engagés par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) ont en effet permis de vérifier qu'une partie de la contribution versée par l'assurance maladie au fonds Biotox a été destinée non pas à l'instrumentalisation des moyens, mais s'est substituée au financement de l'Etat, par exemple pour la création de postes d'épidémiologistes au sein de l'Institut national de veille sanitaire (InVS). La confiance des parlementaires ne doit pas être trahie.

La commission a *rejeté* l'amendement puis elle a *adopté* l'article 41 sans modification.

Article 42

Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2006

Cet article fixe pour 2006 le montant des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 153,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à 131,9 milliards d'euros pour le régime général.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 42 sans modification.

Article 43

Objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et sous-objectifs pour 2006

Cet article a pour objet de déterminer le montant et la décomposition de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base, soit 140,7 milliards d'euros pour 2006.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article de M. Jean-Luc Préel.

M. Jean-Luc Préel a indiqué que l'article soulève plusieurs problèmes. D'une part, tel qu'il est présenté, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ne paraît pas véritablement médicalisé. D'autre part, l'exposé des motifs de la loi organique relative aux lois de financement de sécurité sociale avait prévu que la commission serait consultée pour la définition des sous-objectifs ; cela n'a semble-t-il pas été fait et cela est regrettable car il aurait été préférable de créer des sous-objectifs régionalisés. Enfin, il est à regretter que la loi organique n'ait pas prévu la fongibilité des enveloppes budgétaires par sous-objectifs.

En réponse, **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a émis un avis défavorable, estimant que l'argumentation de M. Jean-Luc Préel revient purement et simplement à remettre en cause les dispositions votées par le Parlement dans le cadre de la loi organique et ajoutant que, contrairement à ce qui a été affirmé, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a bien été consultée. En particulier, les propositions formulées par le président Jean-Michel Dubernard, ont été prises en compte par le gouvernement. Dans les faits, le projet de loi retient une autre approche de l'ONDAM, plus précise, que celle préconisée par M. Jean-Luc Préel.

Le président Jean-Michel Dubernard a ensuite déclaré *irrecevables* deux amendements, l'un de M. Jean-Luc Préel, l'autre de M. Dominique Tian, modifiant la définition des composantes des sous-objectifs de l'ONDAM. Il a

précisé que, comme l'a rappelé le Président de l'Assemblée nationale, M. Jean-Louis Debré, dans un courrier adressé à tous les députés avant le début de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, s'il est loisible aux députés de modifier le montant d'un sous-objectif, il leur est en revanche impossible d'en créer de nouveau en application du 3° du D du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

Après avoir indiqué qu'étant donné le délai très bref imposé aux parlementaires pour prendre connaissance du projet de loi, le groupe socialiste n'a pas pu déposer d'amendements sur cet article mais qu'il le fera pour la réunion de la commission au titre de l'article 88 du Règlement, **M. Claude Evin** a rappelé que lors de la discussion du projet de loi organique, en juillet dernier, M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, s'était engagé auprès de la représentation nationale à ce que l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée fassent chacune l'objet d'un sous-objectif distinct. Or cela n'apparaît pas dans la nomenclature actuelle.

Poursuivant l'argumentation de son collègue, **M. Jean-Marie Le Guen** a indiqué qu'il s'agit là d'un sujet très important en termes de comptabilité publique. A l'évidence, le gouvernement a fait là un choix idéologique, en cherchant, par la présentation des comptes, à forcer la convergence des réseaux hospitaliers public et privé alors même que de nombreux rapports démontrent que cette convergence n'est pas souhaitable. Faire un tel choix revient à jouer avec la comptabilité publique et entraînera inévitablement un changement de nomenclature dès la prochaine alternance.

La commission a *adopté* l'article 43 sans modification.

Article additionnel après l'article 43

Prise en compte des créations d'établissements dans le montant de l'objectif qualifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation

Suivant l'avis favorable de **M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *adopté* un amendement de M. Dominique Tian visant à ce que l'ONDAM intègre les éventuelles créations d'établissements hospitaliers.

Article additionnel après l'article 43

Information sur les dotations relatives aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation attribuées à chaque établissement

La commission a *adopté* un amendement de M. Dominique Tian visant à intégrer dans le bilan du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), prévu par la loi de financement de la sécurité sociale

pour 2005, une information relative aux dotations attribuées à chaque établissement.

Article 44

Transmission au Parlement des propositions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relatives à l'évolution prévisible des charges et des produits des régimes d'assurance maladie

Cet article vise à modifier la procédure existante de transmission au gouvernement et au Parlement de propositions relatives à l'évolution des charges et des produits par les caisses d'assurance maladie en en confiant la charge à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), dans le but de renforcer l'efficacité de cette procédure.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 44 sans modification.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 45

Intégration du régime d'assurance vieillesse des ministres du culte dans le régime général

Cet article organise l'intégration juridique du régime d'assurance vieillesse des ministres du culte et des membres des congrégations et collectivités religieuses, géré par la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), au sein du régime général d'assurance vieillesse géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome IV du présent rapport (rapport de Mme Cécile Gallez sur l'assurance vieillesse).

*

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse, a présenté un amendement tendant à reprendre la désignation exacte des ressortissants du régime des cultes.

M. Maxime Gremetz s'est interrogé sur la distinction entre congrégation et collectivité religieuse.

Mme Martine Billard et la **rapporteure pour l'assurance vieillesse** ont fait observer que si le culte catholique possède de nombreuses congrégations, les autres cultes s'organisaient autour de collectivités religieuses.

Puis, la commission a *adopté* l'amendement, ainsi que deux amendements de coordination de la rapporteure.

Mme Martine Billard s'est interrogée sur l'effectivité de la mise en œuvre du droit à réversion pour les conjoints survivants relevant de ce régime.

Le président Jean-Michel Dubernard et **Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse**, ont fait valoir que les membres des cultes protestant et orthodoxe peuvent se marier et que le régime d'assurance sociale prévoit non seulement des pensions de réversion mais aussi une assurance maternité.

La commission a *adopté* l'article 45 ainsi modifié.

Après l'article 45

Mme Martine Billard a présenté deux amendements portant articles additionnels et tendant à reconnaître un droit à pension de réversion au partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) à un fonctionnaire. Le gouvernement s'était en effet engagé à faire évoluer les droits des pacsés.

M. Maxime Gremetz a approuvé la proposition.

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse, a rappelé que la question avait été débattue lors de la discussion du projet de loi portant réforme des retraites et a donné un avis défavorable à l'adoption des deux amendements.

Le président Jean-Michel Dubernard a indiqué que la mission sur la famille et les droits des enfants travaille actuellement sur cette question.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

M. Jean-Marie Le Guen a présenté un amendement portant article additionnel et tendant à fixer le taux de cotisation d'assurance vieillesse de manière à faire porter la hausse de 0,2 point de cotisation sur la part patronale, et non comme le prévoit le gouvernement sur la part salariale à hauteur de 0,15 point et sur la part patronale à hauteur de 0,05 point.

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse, a rappelé que cette hausse de cotisation résulte d'un accord avec les partenaires sociaux de mai 2003 et que la fixation des taux de cotisation relève du pouvoir réglementaire.

Suivant l'avis défavorable de la rapporteure, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 46

Conditions de service des prestations de minimum vieillesse aux personnes de nationalité étrangère

Cet article simplifie le droit applicable au service des prestations de minimum vieillesse en supprimant le dispositif particulier du complément de retraite servi, sur une base non contributive, aux allocataires du minimum vieillesse quel que soit leur pays de résidence, afin de soumettre les personnes de nationalité étrangère au dispositif général relatif à la législation sur les allocations servies aux personnes âgées disposant d'un titre régulier de séjour sur le territoire, qui ne permet de servir les minima sociaux qu'aux résidents sur le territoire national.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome IV du présent rapport (rapport de Mme Cécile Gallez sur l'assurance vieillesse).

*

La commission a *adopté* l'article 46 sans modification.

Article 47

Réforme des régimes d'avantage social vieillesse des professions de santé

Cet article réforme la gouvernance des régimes d'avantage social vieillesse des cinq professions de santé dont la situation financière rend leur viabilité très incertaine, préalablement à une réforme financière touchant les règles d'appel des cotisations, de calcul de la valeur de service des points de retraite et de liquidation des pensions de retraite supplémentaires qui sera négociée avec les partenaires sociaux.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome IV du présent rapport (rapport de Mme Cécile Gallez sur l'assurance vieillesse).

*

La commission a *adopté* un amendement de Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse, tendant à préciser le caractère forfaitaire de la cotisation annuelle obligatoire des cinq régimes complémentaires d'avantage social vieillesse.

M. Jean-Luc Préel a ensuite présenté un amendement tendant à inscrire dans la loi le principe selon lequel les caisses d'assurance maladie participent au financement de la cotisation d'assurance vieillesse des régimes d'avantage social

vieillesse. Les cinq régimes connaissent une situation financière difficile. Il est prévu d'appeler une cotisation d'ajustement. Il serait équitable de fixer dans la loi le principe actuel du financement des cotisations à hauteur des deux tiers par l'assurance maladie.

M. Jean-Marie Le Guen a attiré l'attention sur les conséquences des mesures de redressement financier actuellement envisagées par le gouvernement. De nombreux médecins risquent de quitter le secteur 1 pour se placer en secteur 2 à moins que la sécurité sociale n'engage des procédures de sortie de conventionnement.

M. Laurent Wauquiez a souligné l'importance de la question abordée par M. Jean-Marie Le Guen. Les mesures d'amélioration de la gouvernance des régimes sont utiles mais il est capital de ne pas se lancer en aveugle dans la réforme financière des régimes.

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse, a estimé qu'il est indispensable de réformer au préalable la gouvernance des régimes d'avantage social vieillesse pour pouvoir ensuite négocier avec les partenaires sociaux les conditions du rétablissement de leur équilibre financier. Il n'appartient pas à l'assurance maladie de venir combler les déficits de ces régimes.

Suivant l'avis défavorable de **la rapporteure**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 47 ainsi modifié.

Après l'article 47

M. Jean-Luc Préel a présenté un amendement portant article additionnel et tendant à harmoniser par décret les statuts de médecin inspecteur de la santé et de praticien hospitalier qualifiés en santé publique. Les médecins inspecteurs de santé publique sont peu nombreux et sont défavorisés du point de vue de leur statut par rapport aux praticiens hospitaliers. Des études sont engagées mais aucune réforme n'a été présentée.

Mme Cécile Gallez, rapporteure pour l'assurance vieillesse, ayant fait valoir que la proposition est hors champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 48

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2006

Cet article fixe pour 2006 le montant des objectifs de dépenses de la branche vieillesse à 161 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à 83,1 milliards d'euros pour le régime général.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome IV du présent rapport (rapport de Mme Cécile Gallez sur l'assurance vieillesse).

*

La commission a *adopté* l'article 48 sans modification.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance des accidents du travail

Article 49

Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Cet article porte pour l'année 2006 à 700 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et à 315 millions d'euros celle au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 49 sans modification.

Après l'article 49

La commission a examiné un amendement du rapporteur demandant au gouvernement de transmettre au Parlement un rapport sur la possibilité d'étendre aux agents de la fonction publique victimes de l'amiante le bénéfice du dispositif de cessation anticipée d'activité.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué que l'amiante constitue un dossier très important mais qu'en raison des limites imposées à l'initiative parlementaire par les dispositions de l'article 40 de la Constitution, il est difficile pour la représentation nationale d'intervenir en cette matière. Dans cet esprit, la demande au gouvernement d'un rapport sur l'extension du nombre de bénéficiaires du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) constitue une première étape.

M. Maxime Gremetz a déclaré que l'amiante est un problème complexe qui a déjà fait l'objet de nombreuses discussions. Deux éléments doivent être distingués. Il y a d'une part le cas des salariés ayant travaillé dans une entreprise ou un établissement reconnu pour avoir utilisé de l'amiante. Dans cette situation – dans laquelle M. Maxime Gremetz a rappelé se trouver puisqu'il a travaillé dans une usine Valéo – il n'y a pas de discussion. Tous les salariés qui présentent des lésions imputables à l'amiante sont indemnisés et bénéficient d'une année de retraite anticipée pour trois années travaillées.

Les difficultés sont autrement plus grandes pour les employés victimes de l'amiante dont l'entreprise ne figure pas sur la liste des entreprises ayant utilisé cette fibre. Ceux-ci sont alors contraints de mener individuellement une bataille pour voir reconnaître leurs droits auprès du fonds d'indemnisation, bataille qui relève pour la plupart d'un véritable parcours du combattant.

Il y a donc urgence à agir d'autant que cela concerne des personnes malades dont l'espérance de vie est réduite et que d'autres dossiers concernant également des maladies professionnelles, liées notamment à l'utilisation dans l'industrie des éthers de glycols, se profilent à l'horizon. Le temps n'est plus aux rapports, toutes les données sont connues, mais à l'action.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a convenu que l'amendement est sans doute insuffisant mais que la proposition va néanmoins dans le bon sens et qu'il convient donc de l'adopter.

M. Maxime Gremetz a déclaré qu'il est temps de voir la vérité en face et s'est étonné que le rapporteur demande au gouvernement de fournir un rapport au Parlement alors même qu'une mission d'information parlementaire travaille actuellement sur les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante.

Mme Catherine Génisson a appuyé le raisonnement de M. Maxime Gremetz, considérant que l'amendement constitue une atteinte au rôle du Parlement. Si l'Assemblée nationale préfère s'en remettre au gouvernement plutôt que de s'en référer à ses propres travaux, alors elle n'a plus de raison d'être.

Le président Jean-Michel Dubernard a proposé que le rapporteur retire son amendement dans l'attente des conclusions de la mission d'information.

M. Jacques Domergue, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, ayant maintenu son amendement au motif que sa proposition n'entre pas en conflit mais vient au contraire en complément des travaux du Parlement, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 50

Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Cet article a pour objet de fixer à 330 millions d'euros pour l'année 2006 le montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) vers la branche maladie du régime général.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à augmenter le montant du versement dû par la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

M. Claude Evin a estimé que, conformément aux travaux de la commission présidée par M. Noël Diricq, il faut d'autant plus tenir compte de cette sous-déclaration qu'on se trouve en période de tension sur le marché du travail et qu'il est donc nécessaire d'augmenter en conséquence le montant du versement de 330 à 750 millions d'euros.

La commission a *rejeté* l'amendement et *adopté* l'article 50 sans modification, **M. Maxime Gremetz** ayant manifesté son opposition à l'adoption de cet article.

Article 51

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2006

Cet article fixe pour 2006 le montant des objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à 11,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à 9,9 milliards d'euros pour le régime général.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jacques Domergue sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

M. Maxime Gremetz s'est déclaré défavorable à l'adoption de cet article.

La commission a *adopté* l'article 51 sans modification.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 52

Adaptation du complément de libre choix d'activité

Cet article prévoit une adaptation au complément de libre choix d'activité (CLCA) de la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) afin de permettre aux parents souhaitant cesser leur activité pour s'occuper de leurs jeunes enfants de bénéficier d'une meilleure indemnisation tout en évitant de rester trop longtemps éloignés du marché du travail.

Elle permettra, dès le 1^{er} juillet 2006, aux personnes ayant la charge d'au moins trois enfants et sous condition d'activité professionnelle antérieure minimale (deux ans dans les cinq dernières années), de bénéficier d'un congé plus court (un an) et mieux rémunéré (750 euros). Les personnes préférant bénéficier du congé parental classique jusqu'aux trois ans de l'enfant pourront continuer à percevoir le CLCA à taux normal (512 euros mensuels).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

*

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a présenté un amendement visant à ce que les deux membres d'un couple puissent opter pour le partage du congé parental d'un an, chacun pouvant prendre alternativement une période de congé qui sera indemnisée au titre du complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA). Cet amendement vise à inciter les pères à s'impliquer dans la garde des jeunes enfants et à faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

M. Maxime Gremetz a demandé si cette disposition n'existe pas déjà dans notre législation sociale.

En réponse, **la rapporteure** a précisé que le partage du congé parental existe bien mais dans sa version de longue durée, soit le congé jusqu'aux trois ans de l'enfant. En revanche, dans le cadre de ce projet de loi qui crée un congé parental de courte durée, la possibilité de partage du congé entre le père et la mère de l'enfant n'est pas prévue.

Mme Catherine Génisson a déclaré que cet amendement est très intéressant et s'inspire de mesures qui existent dans l'Europe du Nord où les congés parentaux sont fréquemment partagés entre le père et la mère de l'enfant.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, s'est déclaré favorable à cet amendement, **Mme Marie-Françoise**

Clergeau, rapporteure pour la famille, ayant précisé que ce dispositif n'entraînerait pas de surcoût, puisque le montant total de l'aide versée au titre du COLCA, ne serait pas supérieur à celui versé si un seul parent prend le congé parental de courte durée dans son intégralité.

La commission a *adopté* l'amendement à l'unanimité.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a présenté un amendement visant à avancer au 1^{er} janvier 2006 la date d'entrée en vigueur du congé parental de courte durée et elle a estimé que cet amendement n'aurait pas d'incidence financière car un certain nombre de parents, qui aujourd'hui optent pour un congé parental de longue durée, choisiront de recourir à ce nouveau congé parental qui est d'une durée d'un an. Si le COLCA rencontre un franc succès auprès des parents, il générera de grosses économies en termes de prestations familiales car la prestation dite de « complément de libre choix d'activité » ne sera plus versée pendant trois ans mais seulement jusqu'au un an de l'enfant.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a fait remarquer que cet amendement représente un coût supplémentaire pour la branche famille et s'y est déclaré défavorable.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 52 ainsi modifié.

Article 53

Allocation journalière de présence parentale

Cet article assouplit les modalités actuelles de l'allocation de présence parentale qui sera désormais appelée « allocation journalière de présence parentale ». Comme actuellement, le dispositif s'adressera aux parents qui exercent une activité professionnelle ou sont à la recherche d'un emploi et dont les enfants sont atteints d'une maladie ou d'un handicap ou victimes d'un accident graves et qui doivent recevoir des soins lourds nécessitant la présence de leurs parents.

Le parent qui doit faire face subitement à cette situation sera assuré d'une plus grande souplesse dans la mesure où il pourra prétendre à un congé de présence parentale sous forme de jours d'absence (310 jours ouvrés, soit 14 mois), au sein d'une période maximale de droit de trois ans.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a présenté un amendement visant à supprimer la référence à une durée minimale de soins pour ouvrir droit à la prestation d'allocation journalière de présence parentale. En effet, la notion de durée minimale de soins est trop restrictive : certains accidents de la circulation, par exemple, peuvent entraîner une situation de coma et nécessiter une présence parentale constante durant la phase aiguë de la pathologie sans forcément impliquer une longue durée d'hospitalisation.

Mme Catherine Génisson a souscrit à la proposition de la rapporteure et rappelé que les accidents sur la voie publique entraînent fréquemment des soins très lourds durant une courte durée pendant laquelle la présence des parents est indispensable. La suppression de cette notion de durée minimale de soins est une demande constante des associations de parents d'enfants atteints de pathologies graves.

La commission a *adopté* l'amendement.

La rapporteure a expliqué que le texte de l'article L. 544-3 dans la nouvelle rédaction proposée par le projet n'est pas explicite sur le décompte du droit à l'allocation journalière de présence parentale en cas de rechute de l'enfant. En effet, si la rechute intervient dans le délai de trois ans de décompte du droit à allocation et que le parent n'a pas épuisé son droit à 310 jours d'allocation la prise en compte de la rechute ne posera pas de problème. En revanche, si la rechute intervient au-delà du délai de trois ans, la question se pose de savoir si l'ouverture de droit tiendra compte des jours d'absence indemnisés lors de la pathologie initiale ou si le parent se verra reconnaître une nouvelle période de droit à congé de 310 jours sur une nouvelle période de trois ans. Pour sortir de cette ambiguïté, l'amendement vise à indiquer explicitement qu'en cas de rechute ou de récidive, le parent bénéficie de l'ouverture d'un nouveau droit à 310 allocations journalières sur une période de trois ans.

Mme Catherine Génisson a considéré que cet amendement est très important car il répond au problème de la récidive des pathologies, phénomène très fréquent pour les leucémies ou les cancers d'enfants. Les parents sont alors confrontés à des périodes de soins lourds qui peuvent durer plusieurs mois mais qui s'échelonnent sur plusieurs années, la période de décompte du droit de trois ans étant alors inadaptée.

La commission a *adopté* l'amendement.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a présenté un amendement visant à modifier les critères d'attribution du complément à l'allocation journalière de présence parentale. Selon l'article L. 544-7 du code de la sécurité sociale, dans la rédaction issue du projet de loi, ce complément est attribué lorsque le traitement de l'enfant entraîne des déplacements fréquents, loin du domicile familial. Les familles d'enfants malades ayant fait remarquer que la pathologie de leur enfant entraîne d'autres frais

spécifiques comme, par exemple, des frais médicaux non remboursés ou des frais de garde pour la fratrie, cet amendement propose d'attribuer ce complément s'il est démontré que la famille, du fait de la pathologie de l'enfant, supporte des dépenses particulièrement coûteuses.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a fait remarquer que cet amendement générerait des coûts supplémentaires pour la branche famille.

En réponse, **Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille**, a fait remarquer que la notion de complément mensuel à l'allocation journalière de présence parentale figure bien dans le projet de loi et que le gouvernement a annoncé que son montant serait de 100 euros par mois. L'amendement proposé vise essentiellement à revoir les critères d'attribution et ne devrait pas générer de coûts supplémentaires.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a présenté un amendement visant à avancer la date d'effet de cette nouvelle prestation au 1^{er} janvier 2006 car les négociations entre le ministère et les associations de parents d'enfants malades n'ont que trop duré.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a fait remarquer que cet amendement alourdit le budget de la branche famille, argument que **Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille**, a réfuté en expliquant qu'une prestation similaire existe déjà sous le nom « d'allocation de présence parentale » et que la réforme introduite par l'article 53 se fera à budget constant. L'amendement proposé vise donc simplement à permettre aux familles de bénéficier plus rapidement de cette nouvelle prestation qui présente l'avantage essentiel d'être décomptée en jours et non plus par périodes de quatre mois : les parents pourront ainsi plus aisément concilier activité professionnelle et présence auprès de leur enfant.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 53 ainsi modifié.

Article 54

Maintien des anciennes prestations de petite enfance jusqu'en décembre 2009

Cet article abroge une disposition du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui prévoyait que les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004 pourraient bénéficier de la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) à compter de 2007. L'adoption de cet article aura pour conséquence de

maintenir le service des anciennes prestations petite enfance, moins favorables que la PAJE, pour les enfants qui ont aujourd’hui entre trois et six ans, jusqu’à 2009.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

*

La commission a examiné deux amendements de suppression de cet article présentés par Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, et Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, s'est étonnée que figure dans le projet de loi une disposition visant à revenir sur une mesure votée par la majorité dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui a institué la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Cette loi a prévu que seuls les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2004 bénéficieraient de la PAJE et que, par ailleurs, l'ensemble des familles bénéficierait du dispositif PAJE à compter du 1^{er} janvier 2007. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 revient sur cette mesure, ce qui aura pour conséquence que les enfants ayant aujourd’hui entre trois et six ans ne pourront pas bénéficier, en 2007, de la prestation PAJE qui est beaucoup plus favorable que les prestations de petite enfance antérieures. Il est paradoxal que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 comporte une mesure qui n'aura d'effet qu'à compter de 2007 et cette initiative paraît fort maladroite alors que les familles ont eu recours de manière massive aux nouvelles aides, notamment pour la garde de leurs enfants, qui font partie de la prestation PAJE.

M. Maxime Gremetz a lui aussi déclaré que cette mesure est particulièrement inique car elle revient à faire des économies sur le dos des familles. Une fois encore le gouvernement revient sur la parole donnée, au détriment des familles.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 54 sans modification.

Article 55

Financement des majorations de pensions pour enfants prisés en charge par la branche famille

Cet article pérennise la contribution de la branche famille au financement des majorations pour enfants des pensions de retraite au profit du Fonds de solidarité vieillesse en inscrivant directement dans le code de sécurité sociale le taux de 60 %, ce qui correspond au taux observé depuis trois ans.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

*

M. Jean-Luc Préel a présenté un amendement visant à supprimer l'article 55 qui pérennise le financement des majorations de pension pour enfants par la branche famille au profit du fonds de solidarité vieillesse. Chaque année, le groupe UDF dénonce cette charge indue pour la branche famille mais cette année le projet de loi franchit un cap supplémentaire en inscrivant dans le code de la sécurité sociale le taux de 60 % alors que la CNAF devrait garder ses propres fonds pour financer une politique familiale ambitieuse, que le groupe UDF appelle de ses vœux.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a indiqué qu'elle considère cette participation de la branche famille comme légitime car ces majorations de pension correspondent à un avantage familial différé et qu'on ne peut donc en aucun cas parler de charge indue pour la branche famille.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 55 sans modification.

Article 56

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2006

Cet article fixe pour 2006 le montant des objectifs de dépenses de la branche famille à 53,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et à 52,8 milliards d'euros pour le régime général.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

*

La commission a *adopté* l'article 56 sans modification.

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque

Article 57

Contrôle et lutte contre la fraude aux prestations sociales

Alors qu'un effort important est demandé aux bénéficiaires des régimes de protection sociale pour la maîtrise des dépenses, il a paru important au gouvernement d'affirmer que la prévention et la lutte contre la fraude doivent être

une priorité pour l'ensemble des organismes de sécurité sociale dont les prestations sont financées par des mécanismes de solidarité nationale.

Il convient d'éviter les faux procès : cet article ne cherche pas à mettre en place un contrôle tatillon et inquisitoire à l'encontre des seuls assurés ; au contraire il cherche à développer une démarche de contrôle harmonisée entre les différentes branches et régimes de la sécurité sociale et vise à ce que l'ensemble des acteurs tels que les professions de santé, les prestataires de service et les assurés sociaux soient soumis aux mêmes exigences de transparence.

Les actions des caisses de sécurité sociale contre la fraude existent déjà et de multiples procédures de contrôle sont opérées avant la mise en paiement des prestations. Cependant les organismes de sécurité sociale doivent sortir d'une certaine réserve et s'engager plus clairement dans la lutte contre la fraude :

- en mettant en place une politique claire et facilement compréhensible avec des objectifs affichés et une communication auprès des usagers sur les résultats obtenus ;
- en ciblant les contrôles sur certaines prestations à risques, soit en raison du montant important des prestations versées soit en raison des possibilités de fraude (comme par exemple la facilité à surfacturer les frais de transport pour la branche maladie) ;
- en sécurisant progressivement les outils informatiques de gestion des prestations ;
- en augmentant le volume des contrôles tant administratifs que médicaux sans oublier d'adopter une méthodologie « coûts/avantages » qui permettra de proportionner les moyens de contrôle aux risques de fraude.

Il convient donc de conférer aux organismes chargés de la gestion de ces prestations les prérogatives leur permettant de procéder à l'ensemble des contrôles, que ce soit auprès des bénéficiaires ou par des échanges d'informations entre administrations ou services publics, et de tirer les conséquences concernant les fraudes avérées, tant pour recouvrer les sommes indues que pour sanctionner l'auteur de la fraude, différents niveaux de sanctions pouvant être envisagés au regard de la gravité des faits.

Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur les fraudes à l'assurance maladie, de juin 2004, a identifié d'importantes potentialités de fraude et formulé des propositions, dont certaines impliquent des mesures législatives. Plusieurs d'entre elles ont d'ores et déjà été adoptées. La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a introduit en effet de nouvelles dispositions sur la carte vitale aux fins d'en sécuriser la délivrance et l'utilisation, ainsi qu'un mécanisme de pénalités administratives permettant de sanctionner le non-respect des règles prévues pour l'attribution des prestations d'assurance

maladie par les usagers, qu'ils soient assurés, professionnels ou établissements de santé.

Le présent article vise à compléter les dispositions du code de la sécurité sociale sur la lutte contre la fraude et à les harmoniser tout en tenant compte des différences existant entre les organismes chargés de la gestion des prestations et ceux en charge du recouvrement.

- *Obligations de contrôle et suivi national des fraudes détectées*

Le I de l'article crée un nouveau chapitre IV *ter* dans le livre I^{er} du titre I^{er}, applicable à l'ensemble des régimes et branches intitulé « contrôle et lutte contre la fraude ».

Dans ce nouveau chapitre, l'article L. 114-9 fait obligation aux directeurs de tous les organismes de sécurité sociale, ainsi qu'à ceux des organismes admis à encaisser ou servir des prestations, de réaliser les contrôles et enquêtes en cas de fraudes suspectées et d'en informer la tutelle. Il charge les organismes nationaux d'assurer un suivi et une synthèse des cas de fraudes, synthèse transmise au ministre.

La notion de « faits ou information pouvant être de nature à constituer une fraude » est très large et il semble opportun qu'un texte réglementaire vienne définir l'étendue de cette expression.

Il convient de préciser en exergue à l'examen de cet article que la fraude doit être entendue au sens du code de la sécurité sociale (ce projet de loi donne d'ailleurs une nouvelle définition de l'infraction que nous préciserons ci après), comme un acte « *visant à obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations de sécurité sociale qui ne sont pas dues* ».

La fraude se distingue des excès par son caractère intentionnel et des abus par la violation des règles d'attribution. Dans la pratique, il n'est pas toujours simple de distinguer la fraude d'autres comportements nuisibles à la maîtrise des dépenses notamment dans la branche maladie où certaines surconsommations de soins sont problématiques.

Cet article met en place un dispositif global de lutte contre les fraudes aux prestations sociales et confère expressément aux directeurs la responsabilité de la mise en œuvre du dispositif de contrôle et de lutte contre les fraudes. Dans la pratique, les directeurs de caisses locales menaient déjà de telles actions mais les politiques de lutte contre la fraude n'étaient pas formalisées avec des objectifs, un suivi et une seule cellule centralisant les informations sur les fraudes.

Même si le texte ne prévoit pas expressément une obligation de signalement des cas de fraudes détectés par les organismes locaux auprès de la caisse nationale dont ils dépendent, il crée une obligation pour les organismes

nationaux d'établir une synthèse des cas de fraude constatés qui doit être transmise au ministre chargé de la sécurité sociale.

Il prévoit également, en cas de fraudes avérées, l'obligation d'engager des poursuites pénales, en dispensant l'organisme de consignation lorsqu'il se constitue partie civile. Ce troisième alinéa de l'article L. 114-9 est particulièrement novateur par rapport à la pratique actuelle car il crée une obligation de porter plainte avec constitution de partie civile alors que jusqu'à présent les directeurs de caisse étaient juge de l'opportunité d'engager des poursuites. Cette liberté d'appréciation laissée au directeur le mettait parfois en difficulté, notamment lorsqu'il s'agissait d'entamer une procédure à l'encontre d'une notabilité locale.

En revanche le caractère automatique du dépôt de plainte avec constitution de partie civile peut présenter des inconvénients car il existe un risque financier à choisir ce type de plainte dans les cas où la constitution de partie civile est jugée abusive (*cf.* l'article L. 212-2 du code de procédure pénale).

La dispense de consignation pour les organismes de sécurité sociale permettra d'unifier les pratiques des juges d'instruction et évitera des complications administratives et comptables. Cependant cette absence de consignation semble une pratique très courante d'après les organismes interrogés.

L'article L. 114-10 détermine les conditions dans lesquelles les directeurs des organismes désignent des agents chargés du contrôle, qui sont assermentés et agréés, pour réaliser l'ensemble des vérifications ou enquêtes administratives nécessaires au contrôle du respect des règles.

En effet d'après les informations communiquées par le ministère, il ne semble pas que le gouvernement ait l'intention d'unifier le statut des agents chargés du contrôle avec celui qui régit aujourd'hui les « inspecteurs du recouvrement » ou agents de contrôle des URSSAF (*cf.* articles L. 243-7 et R. 243-59 du code de la sécurité sociale). Seuls ces inspecteurs du recouvrement disposent de prérogatives réelles et voient leur pratique professionnelle encadrée par un texte réglementaire alors que les agents chargés du contrôle des autres branches sont simplement assermentés et agréés par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). La réforme introduite par le projet de loi devrait être l'occasion de renvoyer à un décret le soin de définir une déontologie du contrôle pour les branches de la sécurité sociale versant des prestations.

La définition claire des prérogatives et des devoirs de ces agents paraît être un élément très important pour l'efficacité du contrôle.

Actuellement ces agents, lorsqu'ils se rendent au domicile d'un particulier ne peuvent y pénétrer sans son consentement ni procéder à aucune vérification d'identité. Les circulaires des organismes conseillent d'ailleurs à leurs agents chargés du contrôle, la technique du rendez-vous préalable pour éviter tout risque

de violation de domicile. Ce simple exemple montre bien les limites du contrôle à domicile qui ne peut pratiquement jamais être fait de manière inopinée.

Il convient aussi de savoir que les agents chargés du contrôle sont en nombre très réduit : 560 par exemple pour l'ensemble de la branche famille et que leur nombre n'a pas évolué depuis près de trente ans alors que dans le même temps le nombre d'allocataires a progressé de plus de 60 %.

Cet article pose un autre problème car il fait figurer les praticiens conseil du contrôle médical au nombre des agents chargés du contrôle.

Il convient en effet de rappeler que les médecins conseil ne sont pas sous l'autorité hiérarchique du directeur de la caisse primaire de l'assurance maladie et que leur statut leur interdit de communiquer des éléments couverts par le secret médical aux personnes étrangères au service du contrôle médical (articles L. 315-1 et suivants du code de la sécurité sociale). Sans nier la nécessité d'associer les praticiens conseil à des procédures de contrôle, il conviendrait de préciser les responsabilités respectives du directeur de la caisse locale et du praticien conseil.

Le deuxième et troisième alinéa de l'article L. 114-10 ouvrent la possibilité de faire réaliser par un agent un contrôle ou une vérification dans le ressort d'une autre caisse relevant de la même branche ou d'une autre branche (par exemple contrôle d'une caisse d'allocations familiales dans le ressort d'une autre caisse ou bien dans le ressort d'une caisse primaire d'assurance maladie). Le constat qui sera établi fera foi pour l'organisme ayant diligenté le contrôle mais également pour le ou les autres organismes dans le ressort desquels l'agent aura effectué son contrôle.

Enfin, cet article ouvre la possibilité de déléguer à un organisme l'intervention d'un agent chargé du contrôle. Les conditions de réalisation de ces contrôles seront définies par décret.

La possibilité de contrôles communs à plusieurs organismes ou transversaux est un apport majeur de ce texte car il permettra, dès le début de l'enquête, d'envisager l'impact de la fraude sur différents types de droits sociaux : une fraude aux indemnités journalières d'assurance maladie a aussi des implications pour la branche vieillesse car elle entraîne la validation gratuite de trimestres d'assurance au titre de l'assurance vieillesse.

- *Vérifications de la réalité des dépenses engagées à l'étranger*

L'article L. 114-11 ouvre la possibilité aux organismes, dans le respect des conventions et règlements internationaux de sécurité sociale, de confier la réalisation de vérifications à l'étranger à des experts agréés par l'autorité consulaire, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Ces experts, dont le rapport aura force probante, pourront par exemple être conduits à certifier la réalité des dépenses de soins engagés à l'étranger dont le remboursement est demandé à l'assurance maladie au titre de l'article L. 332-3.

Cet article vise notamment à vérifier la réalité des soins inopinés à l'étranger. En effet les articles L. 332-3 et R. 332-1 et 2 prévoient que les assurés affiliés à un régime français d'assurance maladie peuvent faire prendre en charge des soins médicaux qu'ils ont dû subir à l'étranger en raison de l'urgence, par leur caisse d'assurance maladie qui les rembourse alors de manière forfaitaire sans que la somme perçue ne puisse dépasser le tarif de remboursement des mêmes soins pratiqués en France. De nombreux abus ont été constatés avec une pratique courante de surfacturations voire des soins totalement fictifs.

- *Extension de la coopération entre les administrations sociales, l'administration fiscale et l'autorité judiciaire*

L'article L. 114-12 reprend les dispositions de l'actuel article L. 115-2, qui sont modifiées pour élargir les possibilités d'échanges d'informations, aujourd'hui prévues entre organismes de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés (secteur du bâtiment) ainsi qu'aux organismes en charge de l'indemnisation du chômage. Il est complété par un 3° afin de permettre aussi les échanges nécessaires au contrôle et à la justification des prestations.

L'article L. 114-14 reprend en les élargissant les actuelles dispositions qui figurent au livre II du code de la sécurité sociale pour les échanges entre les organismes de sécurité sociale et l'administration fiscale, dans les dispositions relatives aux cotisations. La nouvelle rédaction proposée, inscrite au livre Ier, a pour finalité d'inclure tous les régimes et toutes les branches dans le dispositif et de moderniser les circuits de transmission. Cet article est le pendant de l'article L. 114-12 précité et vise à citer les dispositions du code général des impôts dans sa partie, « Livre des procédures fiscales » pour organiser les échanges d'information entre les administrations sociales et l'Administration fiscale.

L'article L. 114-16 reprend une disposition existante figurant à l'article L. 243-13-1 qui prévoit que l'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale. Par rapport à la rédaction actuelle, le champ d'application est étendu à l'ensemble des organismes de protection sociale ce qui inclut les régimes de retraite complémentaire et l'assurance chômage. Dans la pratique, ce sont plutôt les administrations sociales qui cherchent à obtenir des informations auprès de l'autorité judiciaire. Pour que cet article représente une

réelle avancée les organismes sociaux devront négocier avec le ministère de la justice une méthodologie de communication d'informations pour que les transmissions d'informations obtenues soient plus systématiques.

Dans le cadre du renforcement de la lutte contre le travail dissimulé, l'article 114-15 impose aux agents habilités à lutter contre le travail illégal le signalement systématique aux organismes attributaires de prestations sociales sous conditions de ressources ou d'activité, de l'exercice d'une activité dissimulée par un salarié qui a accepté, dans un but frauduleux, voire organisé, les conditions de cette activité. Ces organismes, au vu de ce signalement, engageront les procédures prévues par le code de la sécurité sociale pour ces situations, c'est-à-dire la nouvelle procédure de pénalité administrative de la branche maladie (art. L. 162-1-14) ou la procédure de sanctions visant à retenir une partie des indemnités journalières dues en cas d'activité rémunérée non autorisée durant un arrêt de travail (art. L. 326-6).

Cet article comporte une erreur de référence pour désigner les agents chargés de la lutte contre le travail clandestin qui sont visés à l'article L. 324-12 et non L. 325-1 du code du travail. Un amendement du rapporteur la rectifiera.

Quant au fond du dispositif, il risque d'être problématique : il sera, en effet très difficile de prouver que le salarié a accepté de manière intentionnelle de travailler sans que les formalités d'embauche aient été effectuées. Le salarié n'a, par exemple, aucun droit de vérifier auprès de son employeur que la déclaration préalable à l'embauche a bien été faite.

- *Nouvelle définition de la fraude et des sanctions pénales*

Actuellement, les sanctions à l'encontre des fraudes commises par les usagers de la sécurité sociale sont peu lisibles, mal proportionnées, réparties de façon peu visible dans le code de la sécurité sociale et dans d'autres codes, tandis que des infractions semblables par leur nature sont possibles de peines différentes suivant les prestations. C'est ainsi, par exemple, que l'actuel article L. 377-1 du code de la sécurité sociale, qui traite des fraudes pour la branche maladie prévoit une amende de 3 750 euros alors que l'article L. 554-1, relatif à la branche famille prévoit pour le même type d'infraction une amende de 4 500 euros. Pour les allocataires de la couverture maladie universelle (CMU) ou du revenu minimum d'insertion (RMI) la sanction applicable est beaucoup plus lourde encore puisqu'il est fait référence à l'article L. 441-1 du code pénal avec une amende 45 000 euros et une peine de trois ans d'emprisonnement !

L'article L. 114-13 reprend la définition de la fraude que proposait l'article L. 377-1 mais harmonise le niveau des sanctions pénales applicables en cas de fraude ou de fausse déclaration en prévoyant une amende de 5000 euros sans préjudice de peines résultant de l'application d'autres lois. Il existera donc désormais une seule définition et un seul régime de sanctions pour la fraude aux prestations versées par les organismes de protection sociale.

Cette nouvelle rédaction ne devrait pas remettre en cause la jurisprudence relative aux fraudes aux prestations sociales qui suppose que l'organisme qui invoque la fraude doit être en mesure de prouver l'élément intentionnel du comportement frauduleux.

- *Possibilités de pénalités administratives en cas de fraude*

L'article L. 114-17 crée un dispositif nouveau permettant aux directeurs des organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou de l'assurance vieillesse d'appliquer des pénalités lorsque les déclarations faites par les bénéficiaires apparaissent inexactes ou incomplètes, ou lorsque la personne n'a pas déclaré un changement de la situation ouvrant droit à la prestation. Un tel dispositif, inspiré de celui mis en place par l'article L. 162-1-14 issu de la loi du 13 août 2004, pour la branche maladie, est de nature à faciliter le respect des règles et à dissuader la fraude tout en ne recourant pas immédiatement à une sanction de caractère pénal.

Un décret en Conseil d'Etat fixera avec précision les cas dans lesquels cette procédure pourra être mise en œuvre ainsi que le barème des pénalités applicables.

Cette possibilité de sanction administrative a été introduite à la suite des travaux de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) qui ont montré que les procédures contentieuses et particulièrement pénales sont longues et peu efficaces, les sanctions à l'encontre des assurés étant rarement supérieure à l'indu ou n'aboutissant pas, le caractère frauduleux de l'infraction n'ayant pu être prouvé. C'est ainsi par exemple que pour la branche famille il n'y a eu que 1 680 infractions qui ont été qualifiées de fraude par l'autorité judiciaire, pour l'année 2004.

A l'encontre des professionnels de santé les procédures contentieuses sont éclatées entre trois procédures (conventionnelles, ordinaires et juridictionnelles) et il n'existe pas de sanctions proportionnées pour des fraudes peu sérieuses, la seule sanction efficace étant l'interdiction d'exercice temporaire ou définitive.

C'est pourquoi la procédure de pénalité financière décidée par le directeur de l'organisme a été tout d'abord mise en place pour l'assurance maladie. Le décret n° 2005-1016 du 23 août 2005 introduit ainsi dans le code de la sécurité sociale un barème de pénalités qui varie selon la gravité des faits et le montant des prestations indûment perçues (art. R 147-7 du code de la sécurité sociale). Un décret similaire devra être publié pour les autres branches de la sécurité sociale en application de cet article.

La rédaction actuelle de cet article semble cependant présenter deux lacunes :

- le texte ne dit pas comment seront recouvrées ces pénalités ;

– il ne précise pas si la commission placée auprès du directeur pour donner un avis sur la nature frauduleuse de l’irrégularité est la commission de recours amiable ou une *commission ad hoc*.

- *Demande de pièces justificatives pour sécuriser le versement des prestations*

Le **II** de l’article insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 161-1-4 qui pose comme principe de conditionner le service des prestations à la production de pièces justificatives.

Cet article permet aux organismes de sécurité sociale de demander toute pièce justificative nécessaire au service d’une prestation, soit pour l’ouverture du droit, soit au cours du versement aux fins de contrôle. Une telle demande n’est pas faite lorsque l’organisme est en mesure de vérifier la situation auprès d’une autre administration (par exemple, vérification des ressources par les caisses d’allocations familiales, auprès de la direction générale des impôts par échange automatisé de fichiers). La non-fourniture des pièces demandées entraîne soit la suspension de l’instruction du dossier, soit la suspension des prestations jusqu’à ce que la personne fournisse ces pièces.

Le souci de contrôle ne doit pas conduire à une demande systématique de multiples pièces justificatives, qui risque d’entraîner une dégradation du service rendu aux assurés et à une perte de productivité des services de prestations.

Les modalités d’application de cet article devront tenir compte de l’ensemble des orientations et des textes pris par les pouvoirs publics en matière de relations entre les usagers et les administrations, et de simplifications des démarches. A titre d’exemple :

– La loi du 12 avril 2000 et le décret du 26 décembre 2000 fondent les relations entre l’administration et les usagers sur la confiance mutuelle. En ce sens, la délégation aux usagers et aux simplifications administratives (DUSA) (ex COSA) privilégie les déclarations sur l’honneur, notamment en ce qui concerne le contrôle des ressources, indique que les pièces justificatives doivent être l’exception et invite les organismes de sécurité sociale à limiter le volume et la fréquence des demandes de pièces justificatives.

– L’article 2 (1^{er}-a et 2^e) de la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le gouvernement à simplifier le droit, précise que le gouvernement est autorisé à prendre toutes dispositions visant à simplifier les demandes des usagers et à réduire le nombre de pièces et de démarches demandées, de façon à réduire les délais d’instruction et accélérer les prises de décisions.

Ces textes peuvent apparaître incohérents entre eux, voire contradictoires, d’où des instructions différentes des administrations intervenantes et des difficultés d’application par les organismes de sécurité sociale.

En outre, les conséquences à tirer de la non-présentation des pièces justificatives sont peu claires ; en particulier, la notion de « suspension du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret » n'est pas très claire ni en droit, ni très commode pour la gestion des prestations. Il serait préférable dans de tels cas qu'un rejet soit notifié, à défaut de présentation des pièces justificatives, ou que la validation demandée (de trimestres par exemple) ne soit pas effectuée (c'est ce qui est fait à l'heure actuelle).

L'article dispose également que le service des prestations sous conditions de ressources prend en compte toutes les ressources, y compris celles d'origine étrangère, et prévoit que la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général agissant pour le compte de l'ensemble des régimes. Ces organismes pourront notamment recourir aux constatations probantes des personnes agréées conformément aux dispositions prévues à l'article L. 114-11.

Le **III** de l'article complète l'article L. 380-2 pour prévoir, lorsque la couverture maladie universelle est attribuée sous réserve du paiement d'une cotisation trimestrielle, que le non-paiement de la cotisation, liquidée par la caisse primaire mais recouvrée par l'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), peut entraîner la suspension du service des prestations dans l'attente de la régularisation. L'URSSAF est tenue d'informer la caisse de ce non-paiement. La modification vise également à donner une base légale aux contrôles systématiques par croisement de fichiers avec d'autres administrations, afin de sécuriser et simplifier les procédures.

Le **IV** de l'article modifie l'article L. 133-4 permettant à l'assurance maladie de recouvrer les indus auprès des professionnels de santé et des établissements, en prévoyant que la prescription est de trois ans. Cette modification permet de revenir à la position définie antérieurement par la jurisprudence qui permettait à la caisse d'agir pendant trois ans (par assimilation au recouvrement des cotisations).

Le rapporteur tient à faire état d'une observation émise par la Fédération de la mutualité française.

Le présent projet prévoit de modifier le délai de prescription de l'action en recouvrement des professionnels de santé qui est actuellement de deux ans, en le faisant passer à trois ans, en référence à une jurisprudence antérieure.

La référence à cette jurisprudence antérieure ne serait pas recevable dans la mesure où elle se rapporte à l'ancienne rédaction de l'article L. 1-133-4 du code de la sécurité sociale qui assimilait effectivement le recouvrement d'indus au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Or la rédaction actuelle de cet article, issue de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004, n'assimile plus le recouvrement d'indus au recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

Il serait indispensable que le délai de prescription de deux ans, rétabli par l'actuelle rédaction de l'article L. 133-4 soit maintenu et ce, afin de respecter l'égalité des délais de prescription pour les caisses d'assurance maladie, les médecins et les assurés sociaux.

Ce raisonnement n'emporte pas la conviction du rapporteur car il n'est pas démontré que les assurés sociaux et les professionnels de santé se trouvent dans une situation équivalente au regard des risques d'indus. De plus, sous l'empire de la législation actuelle, il n'y a pas d'égalité de droits entre professionnels de santé et assurés sociaux pour les délais de prescription des récupérations d'indus car les modalités de décompte du délai de deux ans sont différentes (*cf.* art. L. 332-1 du code de la sécurité sociale pour les assurés)

Le **V** de l'article prévoit, pour la domiciliation des personnes sans domicile fixe réalisée par des associations agréées en vue de bénéficier de la CMU, une disposition de nature à éviter un détournement de procédure. Il modifie à cet effet l'article L. 161-2-1 en exigeant l'intervention d'un assistant de service social dans cette procédure.

En effet ces associations ne sont pas en mesure de vérifier la véracité des déclarations de ces personnes et il n'existe aujourd'hui aucune possibilité de contrôler qu'une même personne ne s'est pas inscrite auprès de plusieurs associations agréées relevant de CAF différentes. De même les vérifications sur la réalité de la « résidence » en France sont très difficiles. C'est pourquoi le texte prévoit un entretien avec un travailleur social qui sera le mieux à même de détecter si la personne est réellement sans domicile fixe.

Le **VI** de l'article procède à diverses modifications de références et abrogations liées aux nouvelles dispositions introduites par l'article.

Le **VII** de l'article modifie l'article L. 152 du livre des procédures fiscales en cohérence avec les modifications proposées pour l'article L. 114-14 créé au I.

Le **VIII** abroge le deuxième alinéa de l'article L. 99 du livre des procédures fiscales pour tenir compte des modifications apportées par l'article L. 114-14 aux échanges d'informations entre l'administration fiscale et les organismes de protection sociale.

*

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

M. Maxime Gremetz a dénoncé l'acharnement dont fait preuve cet article à l'encontre des assurés sociaux alors que les défauts de versements des cotisations sociales proviennent essentiellement des employeurs et de l'Etat.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a émis un avis défavorable à l'adoption de cet amendement en soulignant qu'il s'agit en l'espèce non pas d'abus mais bien de fraudes aux prestations sociales. Qui peut légitimement s'opposer au renforcement de la lutte contre les fraudes ?

Concédant que la volonté de sanctionner les fraudes est effectivement partagée, **Mme Martine Billard** a expliqué que cette volonté doit s'exercer à l'égard de tous et non pas de manière unilatérale à l'encontre des salariés. Or la rédaction proposée pour l'article L. 114-15 du code de la sécurité sociale ne mentionne pas le chef d'entreprise. De même, la suspicion avec laquelle les étrangers sont visés est choquante : les nationaux peuvent également percevoir des revenus à l'étranger ou auprès d'organismes internationaux. Enfin, s'agissant de la réforme de la procédure de domiciliation, l'allongement des délais résultant de la nécessité de l'intervention d'un assistant de service social est particulièrement dommageable pour certains assurés, qui ne bénéficieront de la couverture maladie universelle (CMU) qu'après un long délai.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement présenté par M. Jean-Luc Préel supprimant la disposition fixant à trois ans le délai de prescription de l'action en recouvrement des professionnels de santé.

Après avoir rappelé qu'un délai de deux ans est applicable aux assurés, **M. Jean-Luc Préel** a estimé qu'il n'y a pas lieu d'établir une distinction pour les professionnels de santé.

Après que **M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis favorable à l'adoption de cet amendement au motif que cette différence de traitement n'est effectivement pas justifiée, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 57 ainsi modifié.

Après l'article 57

La commission a examiné un amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen renforçant, en l'assimilant à un abus d'autorité, la sanction des dépassements d'honoraires pratiqués en contravention des dispositions conventionnelles.

Mme Catherine Génisson a indiqué qu'il apparaît juste de renforcer le contrôle des praticiens avec la même rigueur que les assurés sociaux.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a donné un avis défavorable à cet amendement et souligné que de tels abus ne concernent qu'environ 1 % des généralistes et 4 % des spécialistes.

Conformément aux engagements conventionnels, ces praticiens seront bien sanctionnés.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen demandant au gouvernement de transmettre au Parlement, tous les six mois, un rapport de l'IGAS sur les pratiques de dépassement d'honoraires médicaux.

Mme Catherine Génisson a souhaité que le Parlement dispose d'un chiffrage objectif de ces dépassements.

M. Laurent Wauquiez s'est opposé à l'inscription dans la loi d'une demande de rapport à l'IGAS.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a donné un avis défavorable à cet amendement en estimant que le secteur hospitalier fait d'ores et déjà l'objet de contrôles et qu'il convient de faire confiance aux rapports conventionnels.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 58

Charges prévisionnelles pour 2006 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

Conformément au 1° du D du I du LO 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article propose d'adopter les charges prévisionnelles pour l'année 2006 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Pour 2006, les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base sont le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA). Le rapporteur note que les chiffres donnés (14,6 milliards d'euros pour le FSV et 15,6 milliards d'euros pour le FFIPSA) sont identiques à ceux présentés dans le cadre de l'article 22 du présent projet, article qui propose d'adopter les tableaux d'équilibre pour 2006 de ces organismes.

Cet article n'appelle pas d'autres commentaires que ceux consacrés à ces organismes et développés aux commentaires d'articles correspondants et à l'exposé général (*cf. supra*).

La commission a *adopté* l'article 58 sans modification.

Puis elle a *adopté* la quatrième partie du projet de loi ainsi modifiée.

La commission a *adopté* l'ensemble du projet de loi ainsi modifié.

*

* *

En conséquence, et sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi n° 2575.

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES ⁽¹⁾

- **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – M. Jean-Louis Deroussen, secrétaire général-adjoint en charge de l'assurance maladie, et M. Michel Moise-Mijon, conseiller technique
- **Confédération générale du travail (CGT)** – M. Pierre-Yves Chanu, conseiller confédéral
- **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)** – M. Bernard Caron, directeur de la protection sociale, M. Jean-René Buisson, président de la commission sociale, et M. Guillaume Ressot, conseiller parlementaire
- **Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)** – M. Patrice Ract-madoux, président du conseil d'administration
- **Etablissement de gestion du fonds de financement des prestations des non-salariés (FFIPSA)** – M. Daniel Caron, président du conseil d'administration, et M. Jean-Paul Heulin, directeur
- **Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE – CGC)** – Mme Danièle Karniewicz, secrétaire nationale chargée du pôle protection sociale
- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)** – M. Gérard Pelhate, président, M. Yves Humez, vice-président de la commission sociale, Mme Danièle Saint Martin, directrice financière, et M. Christian Fer, directeur des affaires juridiques
- **Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)** – M. Georges Tissié, directeur des affaires sociales, et M. Jean-François Veyssel, vice-président de la commission sociale
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)** – M. Jacques Le Nain, directeur
- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – M. Gabriel Bonnand, secrétaire national chargé de la protection sociale, et MM. Yves Verollet et Philippe Le Clezio, secrétaires confédéraux
- **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)** – M. Daniel Lenoir, directeur général, et M. Vincent Figureau, responsable du département relations extérieures

(1) Certaines de ces auditions ont été réalisées conjointement avec M. Jacques Domergue, rapporteur pour la l'assurance maladie et les accidents du travail.

- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – M. Gérard de la Martinière, président, et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire
- **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie** – M. Bertrand Fragonard, président, et M. Pierre-Jean Lancry, secrétaire général
- **Union nationale des caisses d'assurance maladie et Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (UNCAM, CNAMTS)** – M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général
- **Force ouvrière (FO)** – M. Jean-Claude Mallet, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale
- **Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)** – M. Burban, président, et M. Jean Luc Tavernier, directeur
- **Union des professions artisanales (UPA)** – M. Pierre Perrin, président, et M. Guillaume Tabourdeau, conseiller technique chargé des relations avec le Parlement
- **Cour des comptes** – M. Bernard Cieutat, président de la sixième chambre, Mme Rolande Ruellan, conseillère maître, M. Bernard Candiard, conseiller maître, M. André Gauron, conseiller maître, et M. Michel Braunstein, rapporteur général
- **Les entreprises du médicament (LEEM)** – M. Pierre Le Sourd, président, M. Bernard Lemoine, vice président délégué, M. Claude Bougé, directeur des affaires économiques et des relations institutionnelles, et Mme Aline Bessis-Marais, responsable des affaires publiques

N° 2609 – Rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 tome I : recettes et équilibre général (M. Jean-Pierre Door)