



N° 3384

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 octobre 2006.

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 2007* (n° 3362)

TOME I

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. PIERRE-LOUIS FAGNIEZ,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	13
I.- LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE CONSTITUE UNE AVANCÉE INSTITUTIONNELLE À APPROFONDIR	15
A. LES PROJETS DE PROGRAMMES DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE (PQE) REPRÉSENTENT UN EFFORT LOUABLE DE RENFORCEMENT DU CONTRÔLE PARLEMENTAIRE	15
1. L'élaboration des PQE résulte d'une disposition de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale	15
<i>a) Les PQE transposent au domaine des finances sociales une approche utilisée en loi de finances</i>	15
<i>b) Les PQE présentent des spécificités liées à l'organisation de la sécurité sociale</i>	16
2. En 2006, les commissions parlementaires chargées des affaires sociales des assemblées ont donné un avis sur les projets de programmes de qualité et d'efficacité	17
<i>a) Les textes prescrivent l'avis des commissions parlementaires</i>	17
<i>b) Les remarques de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ont été prises en compte par le gouvernement</i>	19
B. LE PARLEMENT POURRAIT ENCORE RENFORCER SES PREROGATIVES EN MATIÈRE DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	20
<i>a) Les avancées du contrôle parlementaire sont significatives</i>	20
<i>b) Des améliorations sont encore possibles en matière d'information et de contrôle du Parlement</i>	21
<i>c) Le débat sur les allègements généraux de cotisations sociales est-il devenu un débat impossible ?</i>	23
II.- APRÈS LES DÉFICITS IMPORTANTS DE 2005, L'ANNÉE 2006 MARQUE UNE ÉTAPE DÉCISIVE DANS LE REDRESSEMENT DES FINANCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	25
A. EN 2005, L'AMÉLIORATION SPECTACULAIRE DU SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL N'A PAS EMPÊCHÉ UNE NOUVELLE DÉGRADATION DU DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	25
1. Le régime général voit son déficit légèrement réduit en 2005	25

a) <i>La modération des dépenses et le dynamisme des produits permettent à l'assurance maladie d'améliorer sa situation</i>	25
b) <i>Les finances de la branche retraite et de la branche famille se dégradent en raison des nouvelles dépenses</i>	26
2. La situation dégradée des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base a conduit à dégrader encore le besoin de financement global de la sécurité sociale en 2005	26
a) <i>Les fonds de financement accumulent les déficits</i>	26
b) <i>La situation consolidée des comptes de la sécurité sociale s'est encore dégradée en 2005</i>	27
B. EN 2006, LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE VERRONT LEUR SITUATION S'AMÉLIORER	27
1. Les recettes de la sécurité sociale retrouvent enfin un certain dynamisme en 2006	27
a) <i>L'augmentation de la masse salariale dépasse les prévisions</i>	27
b) <i>L'impact de la modification relative aux plans d'épargne logement a été significatif sur l'année 2006</i>	28
c) <i>La suppression de l'avoir fiscal a représenté une perte de recettes de 650 millions d'euros en 2006</i>	28
2. Les soldes de financement des régimes de la sécurité sociale et des fonds de financement connaissent des évolutions contrastées	28
a) <i>Le déficit du régime général diminue de plus de 15 % et passe en dessous des dix milliards d'euros</i>	28
b) <i>Le déficit du Fonds de solidarité vieillesse est significativement réduit 2006</i>	29
c) <i>Le déficit structurel du FFIPSA s'aggrave légèrement</i>	29
III.- GRÂCE À DES INDICATEURS MACRO-ÉCONOMIQUES PLUS FAVORABLES ET À L'ACTION DÉTERMINÉE DE LA MAJORITÉ, LES DÉFICITS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE VONT CONNAÎTRE UNE LENTE DÉCRUE À PARTIR DE 2007	31
A. EN 2007, LES RECETTES DES RÉGIMES SOCIAUX, SUR UNE TENDANCE PLUS DYNAMIQUE QUE LES ANNÉES PRÉCÉDENTES, PERMETTENT UNE RÉDUCTION SIGNIFICATIVE DES DÉFICITS	31
1. En 2007, le contexte général devrait être plus porteur pour les finances des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement	31
a) <i>Le scénario macro-économique prévoit une croissance économique de 2,5 % en 2007 et une progression de la masse salariale de 4,6 %</i>	31
b) <i>La décrue du chômage a un impact positif sur les comptes</i>	32
c) <i>Le dynamisme des rentrées de recettes de la sécurité sociale est très lié à l'assiette de la CSG et aux contributions publiques</i>	32

2. Les évolutions par branche du régime général montrent des évolutions différenciées en 2007	33
a) <i>La branche maladie poursuit son redressement spectaculaire : de 16 milliards d'euros de déficit tendanciel en 2004 à moins de 4 milliards d'euros en 2007</i>	33
b) <i>La branche famille réduit son déficit de moitié en 2007 grâce à une modération des dépenses</i>	34
c) <i>Le déficit de la branche retraite devient préoccupant en raison de son caractère structurel</i>	34
d) <i>La branche accidents du travail – maladies professionnelles devient à nouveau excédentaire</i>	34
3. Le montant des déficits recule sensiblement par rapport à 2006	35
B. LES FONDS DE FINANCEMENT MÉRITENT-ILS ENCORE CETTE DÉNOMINATION ?	35
1. Si la situation des comptes du Fonds de solidarité vieillesse s'améliore, la question des déficits cumulés reste posée	35
a) <i>L'amélioration de la conjoncture et en particulier le recul du chômage permettra d'améliorer progressivement la situation du FSV</i>	35
b) <i>La question des déficits cumulés reste posée</i>	36
2. Aucune solution n'est en vue pour résoudre le problème lancinant du Fonds de financement des prestations sociales agricoles	36
a) <i>Le déficit 2007 est toujours élevé et il sera financé par des ressources de trésorerie</i>	36
b) <i>Les perspectives pluriannuelles présentées dans le cadre du présent rapport sont sombres</i>	37
c) <i>Il faut préparer les négociations pouvant mener à un consensus sur les modalités d'un retour à l'équilibre</i>	37
C. LES MODALITÉS DE LA COMPENSATION DES DIMINUTIONS DE RESSOURCES DES RÉGIMES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DÉCIDÉES PAR L'ÉTAT MODIFIENT LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET CONSTITUENT UNE INCERTITUDE RÉCURRENTÉ	38
1. Le principe de compensation n'a pas fait l'objet d'une stricte application	38
a) <i>Malgré la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le principe de compensation n'a qu'une valeur législative</i>	38
b) <i>En 2007, le montant des exonérations non compensées va s'accroître de près de 10 %</i>	39
c) <i>La nécessité d'un débat politique sur l'utilité des allègements de cotisations est chaque année plus évidente</i>	39
2. Le montant des dettes de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale, problème financier et comptable, deviendra un problème politique en 2007	40

D. L'ACCUMULATION DES DÉFICITS PASSÉS, LES INCERTITUDES PESANT SUR L'ÉVOLUTION DES COMPTES ET LA HAUSSE PROBABLE DES TAUX D'INTÉRÊTS VONT RENDRE PLUS DIFFICILES DES RÉFORMES POURTANT INDISPENSABLES	41
1. Les prévisions pluriannuelles conduisent à un accroissement des dettes de la sécurité sociale	41
a) <i>Le rapport annexé permet d'envisager un retour à l'équilibre du régime général en 2009</i>	42
b) <i>La Cour des comptes prévoit un déficit global cumulé de 44 milliards d'euros en 2009</i>	42
2. La hausse prévisible des taux d'intérêts aura un impact sur la trésorerie des régimes et des fonds ainsi que sur la dette sociale	42
3. Si l'action sur la maîtrise des dépenses ne peut pas faiblir, les réflexions sur une réforme du financement de la sécurité sociale restent à engager.....	43
a) <i>L'étude de l'élargissement de l'assiette de la cotisation employeur n'a abouti à aucun consensus</i>	43
b) <i>Les pistes de réforme du financement de la sécurité sociale sont encore à explorer</i>	44
TRAVAUX DE LA COMMISSION	47
I. - AUDITIONS	47
A. AUDITION DE M. PHILIPPE SÉGUIN, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES.....	47
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.....	66
II.- EXAMEN DU RAPPORT	95
III.- EXAMEN DES ARTICLES	97
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2005	97
<i>Article 1^{er}</i> : Approbation au titre de l'exercice 2005 des tableaux d'équilibre.....	97
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport figurant en annexe A et précisant les modalités d'affectation des excédents ou de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2005.....	104
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2006	108
Section 1 : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale	108
<i>Article 3</i> : Rectification pour 2006 des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	108

<i>Article 4</i> : Rectification du montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).....	114
<i>Article 5</i> : Contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires hors taxes 2006 due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques	114
<i>Article 6</i> : Rectification pour 2006 de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale – Rectification pour 2006 des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites	118
Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses	120
<i>Article 7</i> : Rectification pour 2006 des objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général.....	120
<i>Article 8</i> : Rectification pour 2006 du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).....	121
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2007	122
<i>Article 9</i> : Approbation du rapport figurant en annexe B et décrivant pour 2007-2010 les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement.....	122
Section 1 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement	126
<i>Article 10</i> : Assiette des cotisations et contributions sociales des professions indépendantes	126
<i>Après l'article 10</i>	130
<i>Article 11</i> : Extension du bénéfice de l'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (ACCRE)	131
<i>Article additionnel après l'article 11</i> : Extension du bénéfice de l'exonération de cotisations sociales en zone franche urbaine (ZFU) et zone de redynamisation urbaine (ZRU) aux professions libérales.....	134
<i>Article 12</i> : Élargissement du champ de l'agrément des structures prestataires ou mandataires de services à la personne et bénéficiaires, à ce titre, d'exonérations sociales	135
<i>Article additionnel après l'article 12</i> : Agrément des prestataires de services médico-techniques et distributeurs de matériel médical.....	143
<i>Article 13</i> : Indemnités de départ volontaire.....	143
<i>Article 14</i> : Affectation à la CNAMTS de l'excédent du panier de recettes fiscales destinées à compenser les allègements généraux de charges	146
<i>Après l'article 14</i>	149
<i>Article 15</i> : Affectation des avoirs non réclamés issus de contrats d'assurance-vie au Fonds de réserve pour les retraites.....	150
<i>Article additionnel après l'article 15</i> : Diversification et assouplissement du placement des actifs du Fonds de réserve pour les retraites	155
<i>Article 16</i> : Modalités de versement de l'acompte versé par les établissements financiers au titre des contributions sociales dues sur les revenus des placements.....	155

<i>Article 17</i> : Répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie du produit de la contribution sociale généralisée	159
<i>Après l'article 17</i>	162
<i>Article 18</i> : Taux de la contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur leur chiffre d'affaires	163
<i>Article 19</i> : Affectation du produit net comptable des cessions des terrains et des bâtiments des établissements de santé à la CNAMTS	164
<i>Article additionnel après l'article 19</i> : Appel des décisions judiciaires concernant les salariés agricoles victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle	169
<i>Article 20</i> : Recours des caisses contre les tiers responsables de dommages occasionnés à un assuré social	169
<i>Article additionnel après l'article 20</i> : Elargissement des missions des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général	172
<i>Article 21</i> : Absence de compensation par l'Etat des pertes de recettes pour la sécurité sociale des mesures relatives à l'assujettissement des stagiaires en entreprise, au contrat de transition professionnelle et à l'extension de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises	172
<i>Article 22</i> : Approbation du montant des compensations des exonérations, des réductions ou des abattements d'assiette de cotisations ou de contributions de sécurité sociale	176
Section 2 : Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre	185
<i>Article 23</i> : Prévisions pour 2007 des recettes des régimes obligatoires de base et du régime général	185
<i>Article 24</i> : Prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale	190
<i>Article 25</i> : Prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre du régime général	191
<i>Article 26</i> : Prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	196
<i>Article 27</i> : Objectif pour l'année 2007 d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale – Prévisions pour 2007 des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites	198
Section 3 : Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité	200
<i>Article 28</i> : Autorisation donnée à l'ACOSS d'émettre des titres de créances négociables	200
<i>Article 29</i> : Règles d'inscription du privilège	203
<i>Article 30</i> : Dématérialisation des déclarations et des paiements de cotisations, contributions ou taxes sociales	207
<i>Article 31</i> : Habilitation pour 2007 des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à des ressources non permanentes	211
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITION RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2007	216
Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	216
<i>Avant l'article 32</i>	216

<i>Article 32</i> : Définition par voie réglementaire des règles applicables en matière d'heures de sorties pour les assurés en arrêt de travail	217
<i>Article additionnel après l'article 32</i> : Recours des établissements sociaux et médico-sociaux contre les obligés alimentaires de leurs résidents.....	218
<i>Article additionnel après l'article 32</i> : Régime d'assurance maladie des travailleurs frontaliers occupés en Suisse.....	219
<i>Article 33</i> : Relèvement du plafond annuel de ressources ouvrant droit au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé	219
<i>Article additionnel après l'article 33</i> : Majoration du tarif de remboursement des dispositifs médicaux pour certains assurés.....	220
<i>Après l'article 33</i>	221
<i>Article 34</i> : Possibilité pour les infirmiers de prescrire certains dispositifs médicaux.....	221
<i>Après l'article 34</i>	222
<i>Article additionnel après l'article 34</i> : Nature de la participation des médecins libéraux à la permanence de soins.....	223
<i>Après l'article 34</i>	223
<i>Article additionnel après l'article 34</i> : Dispositions transitoires relatives à la composition des chambres disciplinaires de première instance de l'Ordre national des pharmaciens.....	223
<i>Article 35</i> : Encadrement du prix des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) – Conditions dérogatoires de prise en charge pour certains médicaments, produits ou prestations	224
<i>Après l'article 35</i>	226
<i>Article 36</i> : Conditions d'autorisation de mise sur le marché et de fixation du prix de certains médicaments autorisés dans un autre État membre et non en France	227
<i>Article additionnel après l'article 36</i> : Renforcement de la traçabilité des médicaments.....	228
<i>Après l'article 36</i>	228
<i>Article 37</i> : Conditions de prise en charge des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, abusif ou de mésusage	229
<i>Article 38</i> : Renforcement de l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux auprès du grand public	230
<i>Article 39</i> : Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité	230
<i>Après l'article 39</i>	232
<i>Article additionnel après l'article 39</i> : Extension aux professionnels exerçant dans les centres de santé des aides à l'installation ou au maintien dans les zones déficitaires en offre de soins	232
<i>Article additionnel après l'article 39</i> : Conditions particulières d'application des règles relatives au parcours de soins pour les généralistes exerçant dans des centres de santé nouvellement agréés implantés dans des zones déficitaires en offre de soins.....	233
<i>Après l'article 39</i>	233
<i>Article 40</i> : Possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés.....	235
<i>Après l'article 40</i>	235

<i>Article 41</i> : Conditions d'exercice des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne.....	238
<i>Après l'article 41</i>	239
<i>Article 42</i> : Répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée	240
<i>Article 43</i> : Création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux	242
<i>Article 44</i> : Amortissement des investissements immobiliers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux	242
<i>Article 45</i> : Conventions entre les pharmaciens d'officine et les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur – Forfaits soins de ces EHPAD – Accès du médecin coordonnateur des EHPAD au dossier médical personnel des résidents.....	243
<i>Article 46</i> : Gestion des crédits de promotion des actions innovantes et de renforcement de la professionnalisation par la CNSA	244
<i>Article additionnel après l'article 46</i> : Revalorisation de la fraction de ressources laissée à la disposition des personnes âgées hébergées bénéficiaires de l'aide sociale	245
<i>Article 47</i> : Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans	245
<i>Après l'article 47</i>	245
<i>Article 48</i> : Création de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).....	247
<i>Article 49</i> : Missions et montant de la dotation du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	247
<i>Article 50</i> : Fixation pour 2007 du montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et prolongation de sa participation à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP).....	247
<i>Article 51</i> : Création d'un Fonds de prévention des risques sanitaires (FPRS)	248
<i>Article 52</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2007	248
<i>Article additionnel après l'article 52</i> : Présentation en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 de la ventilation du sous-objectif relatif aux dépenses de soins de ville	248
<i>Article 53</i> : Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2007	249
Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse	251
<i>Avant l'article 54</i>	251
<i>Article 54</i> : Assouplissement des règles de cumul emploi-retraite	252
<i>Après l'article 54</i>	253
<i>Article 55</i> : Extinction de la faculté conventionnelle de mise à la retraite d'office avant soixante-cinq ans	253
<i>Après l'article 55</i>	254
<i>Article 56</i> : Sécurisation des conditions d'ouverture des droits à pension de retraite	255

<i>Article additionnel après l'article 56</i> : Suppression des conditions de ressources pour le versement des pensions de réversion	255
<i>Article additionnel après l'article 56</i> : Liquidation de la pension de réversion au moment du décès et prise en compte des conditions de ressources au moment du veuvage	256
<i>Après l'article 56</i>	256
<i>Article additionnel après l'article 56</i> : Assimilation de la pension de réversion à un droit acquis par les cotisations du conjoint décédé	257
<i>Article 57</i> : Affiliation des moniteurs de ski à l'assurance vieillesse obligatoire des professions libérales	257
<i>Article 58</i> : Participation des employeurs à la constitution des droits à retraite des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires	258
<i>Article 59</i> : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2007	259
Section 3 : Dispositions relatives aux dépenses d'accident du travail et maladies professionnelles	259
<i>Article 60</i> : 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	259
<i>Après l'article 60</i>	260
<i>Article 61</i> : Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	262
<i>Article 62</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2007	263
<i>Après l'article 62</i>	263
Section 4 : Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille	264
<i>Article 63</i> : Attribution du complément de libre choix du mode de garde de la PAJE aux familles ayant recours à des établissements d'accueil expérimentaux	264
<i>Article 64</i> : Report de la date de versement de l'allocation de base de la PAJE	264
<i>Article 65</i> : Possibilité de partage des allocations familiales entre les parents séparés en cas de garde alternée des enfants	265
<i>Article 66</i> : Création du congé de soutien familial	266
<i>Article 67</i> : Création d'un prêt à taux zéro pour les jeunes qui entrent dans la vie active	267
<i>Article additionnel après l'article 67</i> : Elargissement du bénéficiaire du congé de paternité par la création du « congé d'accueil à l'enfant »	267
<i>Article additionnel après l'article 67</i> : Modalités de versement des aides personnelles au logement	267
<i>Article additionnel après l'article 67</i> : Conditions d'attribution de l'allocation de logement dans le cas où l'un au moins des membres d'un couple est hébergé en établissement	268
<i>Article 68</i> : Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2007	269
Section 5 : Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement	269

<i>Article 69</i> : Situation des travailleurs détachés temporairement en France au regard du rattachement au régime général et du droit aux prestations familiales	269
<i>Article additionnel après l'article 69</i> : Désignation des administrateurs des organismes de sécurité sociale relevant des régimes spéciaux.....	271
<i>Article 70</i> : Indemnités journalières des indépendants	272
Section 6 : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires	273
<i>Article 71</i> : Charges prévisionnelles pour 2007 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	273
<i>Après l'article 71</i>	274
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	277

INTRODUCTION

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 est le onzième projet de loi de financement et le dernier de la douzième législature. Il est donc l'occasion d'établir un bilan des quatre dernières lois de financement de la sécurité sociale, bilan dans lequel s'inscrit pleinement le présent projet de loi de financement.

La majorité peut être fière du travail accompli. D'abord, elle a eu le courage d'adopter en 2003 la réforme des retraites, réforme responsable mais toujours repoussée car réputée impossible. Cette réforme a notamment permis à des milliers de salariés ayant commencé à travailler très jeune de partir en retraite de manière anticipée. Ensuite, la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 a permis de sauvegarder les finances de l'assurance maladie et les orienter dans un sentier plus vertueux. La prise en charge de la dépendance a été renforcée, la création de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a permis d'améliorer la situation de milliers de familles et les difficultés des personnes handicapées commencent enfin à trouver des solutions dignes d'un grand pays comme la France.

La gouvernance du système de la sécurité sociale a été profondément modernisée, qu'il s'agisse de l'assurance maladie, de la création du régime social des indépendants (RSI) ou des conditions de la discussion parlementaire des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Le présent projet de loi de financement s'inscrit dans cette continuité. D'abord, il reflète les efforts et les succès de la majorité dans la bataille pour l'emploi ; en effet, la croissance économique, devenue plus tonique au cours de l'année 2006, a un impact sur le dynamisme du nombre d'emplois créés, ce qui permet d'envisager 2007 avec plus de confiance du point de vue des recettes. Du côté des dépenses, le présent projet de loi confirme le vigoureux redressement des comptes de l'assurance maladie, au prix d'efforts partagés de manière équitable par tous les acteurs.

En dépit de ces évolutions positives, force est de reconnaître que la situation des finances sociales en 2007 et 2008 exigera certainement des mesures de redressement, tant conjoncturelles que structurelles, en raison du caractère préoccupant des déficits cumulés. Dès 2007, la nouvelle majorité, quelle qu'elle soit, devra prendre des décisions difficiles si elle souhaite sauvegarder en l'état notre système de sécurité sociale. Il faut espérer qu'elle ne choisira pas la voie de la facilité en reportant la dette sociale sur les générations futures, solution que la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale rend d'ailleurs plus difficile. Sauver la sécurité sociale nécessitera plus que jamais du courage politique, une forte détermination et un sens aigu de l'intérêt général.

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 2007 pendant trois séances, dont l'audition des ministres, totalisant 7,5 heures de réunion. Elle a été saisie de 220 amendements (contre 132 sur le projet de loi de financement pour 2006) sur les 71 articles du projet. Elle a adopté 52 amendements, 29 émanant des rapporteurs, 12 du groupe UMP, 7 du groupe UDF et 3 du groupe socialiste.

I.- LA LOI ORGANIQUE RELATIVE AUX LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE CONSTITUE UNE AVANCÉE INSTITUTIONNELLE À APPROFONDIR

La loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale comporte des avancées significatives : elle permet de moderniser les conditions de la discussion des projets de loi de financement et de renforcer le contrôle parlementaire. Son application est le gage d'une visibilité et d'une transparence accrue, au bénéfice de la démocratie parlementaire. Pourtant, un certain nombre de points restent perfectibles pour que le Parlement puisse examiner et discuter d'un projet de loi de financement qui, cette année, comporte plus d'articles que le projet de finances et concerne des masses financières bien supérieures au budget de l'Etat.

A. LES PROJETS DE PROGRAMMES DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE (PQE) REPRÉSENTENT UN EFFORT LOUABLE DE RENFORCEMENT DU CONTRÔLE PARLEMENTAIRE

Une innovation de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale s'applique pour la première fois dans le cadre du présent projet. Il s'agit des « programmes de qualité et d'efficacité » (PQE). Il s'agit de développer une première approche « coût/efficacité » de dépenses atteignant près de 400 milliards d'euros par an, soit un montant bien supérieur aux dépenses de l'Etat.

1. L'élaboration des PQE résulte d'une disposition de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale

a) Les PQE transposent au domaine des finances sociales une approche utilisée en loi de finances

Conformément au 1° du III de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale, les PQE sont annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale. L'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale dispose que cette annexe présente, « *pour les années à venir, les programmes de qualité et d'efficacité relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale ; ces programmes comportent un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population, des objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en oeuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours. Cette annexe comprend également un programme de qualité et d'efficacité relatif aux dépenses et aux recettes des organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.* »

Pour le Parlement, ces documents particulièrement importants représentent un moyen rénové de contrôler l'efficacité de l'action du gouvernement et des caisses de sécurité sociale dans chaque branche de la sécurité sociale. En effet, ils permettront, sur une période de temps couvrant plusieurs exercices, de mettre en regard les moyens engagés et les résultats obtenus, en examinant l'évolution des indicateurs pertinents. Cet outil, à condition qu'il soit bien élaboré et bien utilisé, autorisera une appréhension plus fine des résultats de l'action du gouvernement et des différents acteurs de la sécurité sociale.

Dans cette perspective, le but poursuivi et la méthode utilisée par les PQE les rapprochent des documents budgétaires appelés projets annuels de performance (PAP), présentés au Parlement dans le cadre de l'examen et de la discussion des projets de lois de finances à la suite de l'application de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Ces projets annuels de performance, sur lesquels s'engagent les responsables de programme, comportent des objectifs assortis de trois types d'indicateur : les objectifs d'efficacité socio-économique, les objectifs de qualité de service et les objectifs d'efficacité de gestion (ou d'efficience).

b) Les PQE présentent des spécificités liées à l'organisation de la sécurité sociale

Par rapport aux projets annuels de performance (PAP), l'élaboration des PQE présente des particularités significatives. En effet, les PAP conduisent à rendre les responsables de programme beaucoup plus autonomes et responsables. Ces derniers s'engagent sur des performances à atteindre ; en contrepartie, ils deviennent plus indépendants s'agissant des moyens mis en œuvre pour obtenir des résultats. Les résultats sont recensés au sein des rapports annuels de performance (RAP). Les projets annuels de performance comportent souvent des engagements relatifs à l'efficacité et à l'efficience de l'action publique, sur lesquels il est relativement facile d'engager les moyens de l'Etat.

Il ne saurait être question d'appliquer directement cette procédure budgétaire innovante aux finances sociales. En effet, il existe dans ce domaine une multiplicité d'opérateurs rendant difficile l'imputation d'un résultat déterminé à un acteur unique. En effet, les objectifs recensés par les PQE ne peuvent pas être exclusivement déterminés par l'action du gouvernement ou des gestionnaires de régimes sociaux. Le nombre des acteurs impliqués rend difficile l'imputation des résultats.

À titre d'exemple, l'hôpital public est financé par l'assurance maladie (selon une méthode de financement fixée par l'Etat). Pourtant, son personnel, relevant du statut de la fonction publique hospitalière, est géré par l'Etat. Son budget comme les normes de sécurité sanitaire sont également déterminés par l'Etat. De même, l'approche de la situation financière des familles, en partie déterminée par les allocations et diverses aides versées par les caisses d'allocations familiales (CAF), ne peut exclure l'impact du mécanisme du

quotient familial en matière d'impôt sur le revenu ou de l'aide sociale départementale.

De plus, les indicateurs et objectifs de performances de gestion (par exemple, le délai de traitement d'un dossier), particulièrement utilisés par les projets annuels de performance, font déjà l'objet d'engagements conclus dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG) signés entre les caisses et l'Etat. Les reprendre dans le cadre des PQE n'apporte pas grand-chose, d'autant plus que certains indicateurs des COG sont repris dans l'annexe 2 au projet de loi de financement consacré « aux objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale ».

Enfin, s'agissant des prestations sociales (versement de pensions de retraite, remboursement de dépenses d'assurance maladie), la démarche des PAP ne peut être envisagée. En effet, ces dépenses relèvent pour les gestionnaires d'une obligation légale et non d'un choix d'opportunité. Il y a relativement peu de dépenses d'investissements et il semblerait absurde d'évoquer une véritable « stratégie » s'agissant du versement de pensions de retraite, versement qui relève pour les caisses d'une obligation légale dès lors que certaines obligations sont remplies.

Pour toutes ces raisons, la démarche des PAP et celle des PQE doivent bien être distinguées.

2. En 2006, les commissions parlementaires chargées des affaires sociales des assemblées ont donné un avis sur les projets de programmes de qualité et d'efficience

Le présent projet de loi de financement comprend en annexe des projets de PQE. La commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a donné un avis sur ces projets.

a) Les textes prescrivent l'avis des commissions parlementaires

Le 2° de l'article 23 de la loi organique relative aux lois de financement prévoit que l'annexe relative aux PQE est jointe pour la première fois au projet de loi de financement pour 2008. Il précise qu'à titre transitoire, est jointe aux projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et pour 2007 l'annexe présentant les données de la situation sanitaire et sociale de la population.

À la suite d'un amendement déposé par M. Yves Bur, rapporteur pour avis du projet de loi organique pour la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, le 2° de l'article 23 de la loi organique dispose que les *projets* de programmes de qualité et d'efficience sont transmis, pour avis, aux commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement, au plus tard le 31 mai 2006, et joints en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

L'avis des commissions chargées des affaires sociales est requis uniquement dans le cadre du projet de loi de financement pour 2007, afin de contribuer à l'élaboration des programmes. Les années ultérieures, l'avis des commissions n'est plus requis.

Les documents transmis cet automne restent des *projets* de PQE. En tant que projets, ils ne lient pas définitivement le gouvernement. Leur forme comme leur contenu peut encore évoluer d'ici le projet de loi de financement pour 2008.

- *La procédure suivie*

À l'initiative du ministre de la santé et des solidarités, un premier échange de lettres sur le sujet a eu lieu entre le ministre et le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales lors du premier semestre 2006. Cet échange a permis de valider un certain nombre de points, notamment la nécessité que le projet de loi de financement comporte en annexe des projets de PQE relatif à chaque branche.

Cet échange a également permis de trouver un accord de principe sur les points suivants : objectifs en nombre limité et adaptés à un suivi annuel, cohérence entre ces nouveaux objectifs et ceux déjà utilisés dans le domaine social et exigence de clarté et de régularité.

Les projets de PQE ont été transmis au Président de l'Assemblée nationale par le secrétariat général du gouvernement le 14 juin dernier, alors même qu'aux termes de la loi organique les commissions compétentes doivent donner leur avis sur ces projets avant le 31 mai 2006. Après réception des projets de PQE, une réunion *ad hoc* a rassemblé le rapporteur, des membres du cabinet du ministre de la santé et des solidarités. Elle a permis de faire le point sur la procédure et de proposer quelques modifications au projet d'annexe (cf. *infra*). Après la tenue de la réunion, une lettre du président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, formalisant l'avis de la commission, a permis de communiquer au ministre de la santé et des solidarités les remarques du rapporteur sur le contenu des projets de PQE.

- *Le contenu des projets de PQE ayant fait l'objet de l'avis de la commission*

Les projets de PQE transmis pour avis à la commission concernent toutes les branches de la sécurité sociale (famille, accidents du travail – maladies professionnelles, maladie, vieillesse) ainsi que le financement. En revanche, ils ne concernent pas de données relatives à la perte d'autonomie.

Pour chaque branche, ces projets de PQE présentent deux parties :

- La première partie est relative aux « données de cadrage ». Il s'agit des données statistiques relatives à la situation de la branche. Ces données revêtent essentiellement un caractère statistique, regroupant des données produites ou

rassemblées par dans d'autres cadres, notamment par la commission des comptes de la sécurité sociale ;

– La deuxième partie est relative aux indicateurs et aux sous-indicateurs présentant les objectifs recherchés et les résultats obtenus. Elle comprend trois à cinq objectifs, formulés de manière assez large, assortis d'indicateurs. Pour chaque branche, il existe un objectif relatif à sa viabilité financière. Le nombre d'indicateurs proposés, comme celui des sous-indicateurs, est relativement élevé (environ 160). La plupart de ces indicateurs sont précis, conformément à la lettre de la loi organique.

b) Les remarques de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ont été prises en compte par le gouvernement

Compte tenu des contraintes liées à l'élaboration des projets de PQE et à la lourdeur d'une tâche inédite, la construction des documents, particulièrement des indicateurs, a suivi une approche conduisant à des données très globales. En raison de l'architecture institutionnelle actuelle (marquée par la coexistence de l'action étatique et des gestionnaires des régimes de sécurité sociale) et de la difficulté à imputer directement un résultat précis à une action unique, c'était sans doute inévitable.

La lettre du président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales rend compte de l'avis de la commission. Elle met l'accent sur la nécessaire distinction entre d'une part les données de contexte et d'autre part les « valeurs cibles ». Ces dernières valeurs font l'objet des politiques publiques. La lettre souligne l'importance d'attribuer des valeurs cibles à tous les indicateurs. La lettre manifeste également le souhait que les indicateurs s'inscrivent dans un contexte européen et que, s'agissant de l'effet des prestations sociales sur la situation des personnes, l'évolution de situations-types soit présentée (exemple : niveau de vie d'une famille de deux enfants).

Les projets de PQE comportent une partie relative à la perte d'autonomie, ce qui n'était pas le cas dans la version transmise pour avis à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Certains indicateurs ne sont pas renseignés, ce qui est normal compte tenu de la difficulté à trouver et retraiter les informations correspondantes.

Les développements sur les PQE du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre ou de la « *note de problématique* » jointe aux PQE montrent qu'il n'est toujours pas envisagé d'attribuer systématiquement des valeurs cibles aux indicateurs présentés dans ce cadre. Le rapporteur ne peut que regretter cette prise de position, qui peut être de nature à réduire sensiblement l'intérêt de la démarche engagée. De même, l'avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales avait insisté sur la nécessaire prise en compte, dans certaines situations, des objectifs et résultats atteints par nos voisins

européens ; il semble que cette dimension n'ait toujours pas été intégrée aux projets de PQE.

Le rapporteur remercie les services ayant participé à la construction de ces PQE. Il se félicite de l'élaboration de ces documents, qui présentent une grande richesse d'informations. L'intérêt présenté par la démarche des PQE grandira avec les années. En effet, la stabilité des indicateurs utilisés et le suivi des objectifs pourront peu à peu, au fil de l'examen des projets de loi de financement successifs, permettre aux parlementaires d'évaluer l'efficacité des politiques publiques et au besoin de proposer des infléchissements.

B. LE PARLEMENT POURRAIT ENCORE RENFORCER SES PREROGATIVES EN MATIERE DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

a) Les avancées du contrôle parlementaire sont significatives

La loi organique relative aux lois de financement comporte un grand nombre d'avancées permettant de renforcer les moyens d'information et de contrôle du Parlement. C'est notamment le cas de la certification des comptes de l'exercice 2006 de la sécurité sociale, de l'organisation au printemps dernier du premier débat d'orientation des finances sociales et des relations entre l'Etat et la sécurité sociale.

S'agissant de la certification des comptes 2006 du régime général, qui doit faire l'objet d'un rapport de la Cour des comptes avant le 30 juin 2007, le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de 2006 lance des signaux d'alerte préoccupants en mettant en avant les retards dans l'organisation de la comptabilité des branches. Il semble donc assez probable que la Cour des comptes, lorsqu'elle certifiera les comptes 2006, émettra des réserves. Cette certification des comptes de la sécurité sociale se déroulera dans le même laps de temps que celle des comptes de l'Etat. Or, s'agissant des créances de la sécurité sociale sur l'Etat, cette démarche comptable de la certification des comptes de l'Etat et de la sécurité sociale aura un impact politique majeur, puisqu'elle obligera l'Etat à se prononcer implicitement sur le statut de ces créances, conduisant éventuellement la sécurité sociale à devoir provisionner ces créances.

D'autres décisions ont également contribué à l'objectif d'amélioration du contrôle parlementaire sur les finances sociales. Ainsi, le contrôle de la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a fait l'objet d'un rapport de la commission ⁽¹⁾. De même, l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale 2006 a considérablement élargi les prérogatives du Parlement en matière d'adossement des régimes spéciaux, en prévoyant notamment l'information préalable des commissions chargées des affaires sociales.

(1) Rapport d'information n° 3193 sur la mise en application de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 de M. Jean-Pierre Door, M. Jacques Domergue, Mme Cécile Gallez et Mme Marie-Françoise Clergeau

Du point de vue des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale, le rapporteur souligne l'intérêt du IV de l'article LO 111-13 du code de la sécurité sociale, introduit par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. En effet, cet article prescrit que seule une loi de financement de la sécurité sociale peut autoriser la non-compensation d'une mesure d'exonération de cotisation ou de réduction d'assiette ; il trouve pour la première fois à s'appliquer dans le présent projet, puisque l'article 21 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 propose d'approuver la non-compensation de trois mesures. La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale a introduit un impératif de transparence qui pourrait permettre qu'un débat fructueux s'engage sur l'utilité des mesures dont le coût pour la sécurité sociale n'est pas pris en charge par l'Etat.

b) Des améliorations sont encore possibles en matière d'information et de contrôle du Parlement

• *Les délais*

Il faut d'abord insister sur le nécessaire respect des délais mentionnés par les textes, particulièrement par le texte organique. Ainsi, le retard constaté dans la transmission des projets de programme de qualité et d'efficience (*cf. supra*) ou dans la communication de l'état semestriel des dettes de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale (*cf. infra*) est regrettable.

De même, comme ses prédécesseurs, le rapporteur estime indispensable que les parlementaires disposent de plus de temps pour l'examen et la discussion du projet de loi de financement. Cette année, une semaine seulement sépare l'adoption en Conseil des ministres d'un projet de 71 articles et son examen en commission. Dans ces conditions, pour qu'un rapporteur puisse travailler efficacement, disposer de la version définitive du projet de loi de financement quelques heures avant l'adoption du texte en Conseil des ministres se révèle insuffisant. De même, les délais de transmission des annexes au projet de loi de financement aux rapporteurs sont inacceptables.

• *La présentation formelle du projet de loi de financement de la sécurité sociale*

La présentation formelle du projet de loi de financement a été améliorée. En particulier, chaque article ou presque du projet de loi de financement comprend un exposé des motifs.

Cependant, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le rapporteur avait formulé le vœu que l'exposé des motifs de chaque disposition de nature rectificative du projet de loi de financement comporte, pour la meilleure information du lecteur, les prévisions initiales adoptées dans la loi de financement précédente. Il avait également souligné qu'une approche en pourcentages serait également appréciée : il est en effet difficile de comparer l'ampleur des rectifications lorsqu'elles sont présentées en valeur

absolue. Ces souhaits n'ont pas encore été réalisés, ce qui ne facilite pas la lecture des dispositions rectificatives.

- *La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS)*

La MECSS, créée par la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, est rapidement devenue un organe essentiel de contrôle de l'action du gouvernement en matière de sécurité sociale ; elle permet notamment aux députés de la majorité et de l'opposition de travailler ensemble. Ses travaux ont porté sur l'organisation et les coûts de gestion du régime général, le financement des établissements des personnes âgées dépendantes et la tarification à l'activité. Il est essentiel de veiller à organiser un suivi étroit des recommandations formulées par la MECSS.

- *Les sous-objectifs de dépenses*

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale autorise la présentation et le vote de sous-objectifs de branche. Cette faculté est une obligation s'agissant de la branche maladie, le Parlement votant sur les différents sous-objectifs de l'ONDAM. Cette disposition améliore considérablement le contrôle parlementaire. Il serait donc bon que le projet de loi de financement permette aux parlementaires de se prononcer également sur les sous-objectifs de dépenses pour la branche vieillesse, famille ou financement.

- *L'articulation entre la loi de finances et la loi de financement*

De nombreux articles votés en loi de finances ont un impact sur la loi de financement de la sécurité sociale. L'exemple du produit des « droits tabac » est le plus flagrant. De même, l'article 29 du présent projet et l'article 4 du projet de loi de finances modifient tous les deux le même alinéa du code civil relatif aux règles d'inscription de privilèges.

Il serait donc peut-être opportun que la loi de financement de la sécurité sociale comporte de manière systématique, pour faciliter sa compréhension, le rappel des mesures proposées en projet de loi de finances.

Une réflexion similaire pourrait s'engager s'agissant de la fixation des taux de cotisation sociale, mesure politique et économique majeure qui devrait formellement trouver une place spécifique en loi de financement de la sécurité sociale.

L'adoption simultanée par le Conseil des ministres des projets de loi de finances et de loi de financement serait à cet égard le symbole d'une approche coordonnée des finances publiques. Elle permettrait de plus d'améliorer la coordination interministérielle.

- *La composition de la Commission des comptes de la sécurité sociale*

La Commission des comptes de la sécurité sociale est un organe large de concertation permettant à ses membres, deux fois par an, de disposer d'une vue à la fois précise et globale de la situation financière de la sécurité sociale. Elle comprend quatre députés et quatre sénateurs. Le rapporteur estime dommage que le rapporteur pour l'équilibre général et les recettes de chaque commission parlementaire saisie au fond du projet de loi de financement de la sécurité sociale ne soit pas membre de droit de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

c) Le débat sur les allègements généraux de cotisations sociales est-il devenu un débat impossible ?

Les allègements de cotisations sociales, qu'il s'agisse des allègements généraux ou des dispositifs spécifiques, sont un outil essentiel de la politique de l'emploi depuis des années. Ces allègements, compensés ou non, ont un impact considérable sur les modalités de financement des organismes de la sécurité sociale. Or le rapporteur estime qu'il manque encore un cadre parlementaire adapté pour discuter des problèmes soulevés par les allègements de charges de manière exhaustive et dans toutes ses dimensions.

Dans cette perspective, le premier débat d'orientation sur les finances sociales tenu au printemps 2006 a constitué une occasion manquée, alors même que la discussion parlementaire a vu quatre ministres se succéder à la tribune de l'Assemblée nationale.

II.- APRÈS LES DÉFICITS IMPORTANTS DE 2005, L'ANNÉE 2006 MARQUE UNE ÉTAPE DÉCISIVE DANS LE REDRESSEMENT DES FINANCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

En 2005, malgré l'infléchissement significatif des dépenses de l'assurance maladie, la croissance économique insuffisante et le dynamisme des dépenses de la branche famille et de la branche vieillesse, alimentée par les décisions relatives à la création de la prestation d'accueil du jeune enfant et aux retraites anticipées, n'ont pas permis de remonter significativement la pente des déficits, qui sont restés stables.

La situation tend néanmoins à s'améliorer très significativement en 2006, particulièrement pour l'assurance maladie et le Fonds de solidarité vieillesse. Pourtant, le niveau des déficits reste préoccupant et la question des déficits cumulés se pose.

A. EN 2005, L'AMÉLIORATION SPECTACULAIRE DU SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL N'A PAS EMPÊCHÉ UNE NOUVELLE DÉGRADATION DU DÉFICIT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'exercice 2005, dernier exercice clos, fait l'objet de commentaires plus détaillés dans la partie du présent rapport consacrée aux articles du projet de loi de financement portant sur cet exercice (*cf. infra, commentaires des articles 1^{er} et 2*). S'agissant de la sécurité sociale considérée dans son ensemble et d'un point de vue financier, l'année 2005 est l'exercice le plus difficile depuis 2000. Pourtant, la situation du régime général s'est légèrement améliorée.

1. Le régime général voit son déficit légèrement réduit en 2005

Le solde du régime général en 2005 atteint - 11,6 milliards d'euros, contre - 11,9 milliards d'euros en 2004. Cette légère diminution couvre des évolutions divergentes des branches.

a) La modération des dépenses et le dynamisme des produits permettent à l'assurance maladie d'améliorer sa situation

L'assurance maladie voit sa situation s'améliorer significativement. Pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM est respecté ; grâce à l'apport substantiel de recettes décidé par la loi relative à l'assurance maladie et à un net ralentissement de la croissance des prestations, le déficit 2005 atteint - 8 milliards d'euros contre - 11,6 milliards d'euros en 2004 et - 11,3 milliards d'euros en 2003.

b) Les finances de la branche retraite et de la branche famille se dégradent en raison des nouvelles dépenses

• *La branche retraite*

Le déficit de la branche vieillesse atteint - 1,9 milliard d'euros en 2005. C'est son premier déficit depuis 1998. Ce déficit apparaît sous l'effet d'une augmentation forte des charges (+ 7,5 %), que ne compense pas la faible augmentation des produits (+ 4,7 %). En 2005 a eu lieu le premier versement de la soule IEG à la CNAVTS. Le coût de la mesure relative à la retraite anticipée pour les salariés à carrière longue a représenté 1,35 milliard d'euros en 2005.

• *La branche famille*

Le déficit de la branche famille se creuse en 2005 de un milliard d'euros pour atteindre 1,3 milliard d'euros. Il est principalement dû au dynamisme des prestations légales versées à la petite enfance (+ 10 %) et aux dépenses d'action sociale (+ 15,4 %).

• *La branche accidents du travail – maladies professionnelles*

La branche connaît en 2005 un déficit aggravé de 250 millions d'euros et atteint - 438 millions d'euros, déficit principalement dû à la forte croissance des dotations aux fonds amiante (+ 33 %).

2. La situation dégradée des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base a conduit à dégrader encore le besoin de financement global de la sécurité sociale en 2005

a) Les fonds de financement accumulent les déficits

• *Le fonds de solidarité vieillesse (FSV)*

La situation du FSV se dégrade considérablement en 2005, puisque son déficit atteint 2 milliards d'euros (contre 0,6 milliard d'euros en 2004). Il s'agit du déficit le plus élevé que devrait enregistrer le FSV sur la décennie 2000-2010 ; en effet, sa situation s'améliore dès 2006 (cf. *infra*) et les prévisions pluriannuelles 2008-2010 annexées au projet de loi envisagent un retour à l'équilibre.

• *Le Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA)*

L'année 2005 est la première année d'existence du FFIPSA, chargé de financer le régime des exploitants agricoles. Il connaît dès sa première année d'existence une situation difficile, puisque son solde 2005 atteint - 1,4 milliard d'euros.

b) La situation consolidée des comptes de la sécurité sociale s'est encore dégradée en 2005

Malgré l'amélioration significative et encourageante de la situation du régime général, la situation consolidée des comptes sociaux (tous régimes de base, FSV et FFIPSA) s'est encore dégradée en 2005 de plus de 16 %. En effet, le besoin de financement consolidé de la sécurité sociale pour l'exercice 2005 atteint - 14,4 milliards d'euros, contre - 12,2 milliards d'euros en 2004, selon le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006.

B. EN 2006, LA SÉCURITÉ SOCIALE ET LES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE VERRONT LEUR SITUATION S'AMÉLIORER

En 2006, la situation des comptes de la sécurité sociale considérée dans son ensemble (régimes et fonds de financement) devrait s'améliorer d'environ 20 %, ce qui est significatif. Le déficit consolidé « tous régimes » 2006 devrait atteindre selon le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale - 11,8 milliards d'euros, soit une amélioration de 16 % environ par rapport au déficit 2005.

La dynamique des déficits est donc cassée grâce aux efforts du gouvernement ; cependant, les perspectives d'un retour à une situation équilibrée restent lointaines et le déficit du FFIPSA reste toujours une question sans réponse.

1. Les recettes de la sécurité sociale retrouvent enfin un certain dynamisme en 2006

Rompant avec la dynamique observée jusqu'en 2004, l'augmentation spontanée des prélèvements sociaux due à la croissance économique et l'effet des décisions courageuses prises en 2004 et 2005 permettent d'observer une nette accélération de la croissance des produits en 2006.

a) L'augmentation de la masse salariale dépasse les prévisions

La prévision relative à l'augmentation de la masse salariale a été largement dépassée au cours de l'année 2006, ce qui a permis d'améliorer considérablement les ressources des régimes de la sécurité sociale. En effet, le taux d'augmentation de la masse salariale pour 2006 devrait finalement atteindre 4,3 %, contre 3,6 % prévus initialement. Cette augmentation est à la fois liée au dynamisme de la création d'emplois (+ 80 000 emplois créés sur le premier semestre 2006) et à une évolution favorable du salaire moyen par tête (+ 3,4 % contre + 2,8 % en 2005).

Comme le montre le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, les exonérations de cotisations sociales augmentent fortement en 2006. Les cotisations versées par les entreprises sur les salaires

progressent donc moins vite que la masse salariale, malgré l'augmentation du taux des cotisations de retraite intervenue au 1^{er} janvier 2006.

b) L'impact de la modification relative aux plans d'épargne logement a été significatif sur l'année 2006

L'année 2006 a été marquée par la modification des modalités des prélèvements sociaux sur les plans d'épargne logement (PEL) décidée par l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Son produit 2006 avait été estimé à environ 1 milliard d'euros ; il devrait finalement atteindre près du double. Il n'est pas aisé de prévoir les comportements des épargnants, qui ont transféré des fonds des PEL sur d'autres produits d'épargne (livret A, assurance-vie...). Cette réforme a connu un rendement élevé en 2006 car elle a concerné sur cet exercice le « stock » importants des PEL âgés de 10 ans et plus. Elle ne concernera en 2007 que les PEL atteignant leur dixième anniversaire, ce qui représente une recette bien inférieure.

c) La suppression de l'avoir fiscal a représenté une perte de recettes de 650 millions d'euros en 2006

L'année 2006 a été également marquée par les conséquences de la réforme de l'avoir fiscal réalisée par la loi de finances pour 2004. Cette réforme, qui a mécaniquement réduit l'assiette des prélèvements sociaux en supprimant l'avoir fiscal, se traduit en 2006 par un manque à gagner de 650 millions d'euros pour la sécurité sociale. Cette mesure antérieure à la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 n'est pas compensée.

2. Les soldes de financement des régimes de la sécurité sociale et des fonds de financement connaissent des évolutions contrastées

Conformément à la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le présent projet de loi de financement procède à la rectification des prévisions faites lors de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

a) Le déficit du régime général diminue de plus de 15 % et passe en dessous des dix milliards d'euros

Le solde du régime général devrait atteindre - 9,7 milliards d'euros en 2006, contre - 11,6 milliards d'euros en 2005. Il s'agit d'une amélioration de plus de deux milliards d'euros, essentiellement due à l'amélioration de la branche maladie, dont les dépenses continuent de décélérer fortement en 2006, marquant le succès de la démarche de la maîtrise médicalisée initiée par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

S'agissant du déficit du régime général, la rectification réalisée par l'article 3 du présent projet augmente de l'ordre de 9 % la prévision de déficit

donnée par l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Elle est essentiellement due à la dégradation spectaculaire du solde de la branche vieillesse, qui, estimé par la loi de financement à - 1,4 milliard d'euros, atteindrait finalement - 2,4 milliards d'euros en 2006. Les causes de cette dégradation très substantielle (plus de 70 %) seraient d'abord le changement de comportement des assurés, qui liquident leur pension de manière plus précoce qu'anticipé. De plus, les dépenses relatives aux carrières longues auraient atteint 1,8 milliard d'euros en 2006. Cette mesure, qui a un coût croissant, présente l'avantage de contribuer à lisser le choc financier que va représenter le départ à la retraite des générations issues du *baby-boom*.

L'accélération des recettes conduit à stabiliser le déficit de la branche famille après la forte dégradation de 2005. La branche des accidents du travail et des maladies professionnelles retourne à l'équilibre.

b) Le déficit du Fonds de solidarité vieillesse est significativement réduit 2006

Selon les prévisions du rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, le déficit 2006 du FSV devrait atteindre - 1,216 milliard d'euros, soit une division par deux par rapport au déficit constaté en 2005. Ce résultat est meilleur que celui prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Ce bon résultat est à imputer à l'évolution différenciée des recettes et des dépenses. En effet, notamment en raison de l'impact de la disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 relative aux PEL, les recettes issues de la CSG progressent. Les dépenses, en revanche, connaissent un dynamisme tempéré par l'évolution favorable des chiffres du chômage, la diminution du nombre de chômeurs indemnisés et l'augmentation modérée du SMIC.

c) Le déficit structurel du FFIPSA s'aggrave légèrement

Si l'on excepte la reprise de dette opérée par l'Etat *via* la loi de finances rectificatives pour 2005, aucune mesure significative n'est venue modifier en 2006 le rythme de croissance des produits et des charges. En conséquence, les finances du FFIPSA continuent à être dégradées en 2006, passant d'un déficit de - 1,4 milliard d'euros à - 1,9 milliard d'euros.

III.- GRÂCE À DES INDICATEURS MACRO-ÉCONOMIQUES PLUS FAVORABLES ET À L'ACTION DÉTERMINÉE DE LA MAJORITÉ, LES DÉFICITS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE VONT CONNAÎTRE UNE LENTE DÉCRUE À PARTIR DE 2007

Les succès enregistrés sur le plan de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et le passage au vert d'un certain nombre d'indicateurs déterminant pour les finances sociales permettent d'envisager une amélioration significative de la situation consolidée des comptes sociaux en 2007. Cet exercice marquera une étape dans un processus long visant à rétablir l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Ainsi, si toutes les conditions sont remplies, le régime général pourrait dégager un excédent en 2009 ou en 2010.

A. EN 2007, LES RECETTES DES RÉGIMES SOCIAUX, SUR UNE TENDANCE PLUS DYNAMIQUE QUE LES ANNÉES PRÉCÉDENTES, PERMETTENT UNE RÉDUCTION SIGNIFICATIVE DES DÉFICITS

Conjuguée à l'action résolue de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, la croissance des recettes des régimes de base de la sécurité sociale permettra en 2007 de réduire sensiblement le niveau des déficits des comptes des régimes de base.

1. En 2007, le contexte général devrait être plus porteur pour les finances des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement

a) Le scénario macro-économique prévoit une croissance économique de 2,5 % en 2007 et une progression de la masse salariale de 4,6 %

- *Le scénario macro-économique*

Le scénario macro-économique retenu pour 2007 est décrit par le rapport économique, social et financier présenté par le gouvernement au Parlement en octobre conformément à la loi organique relative aux lois de finances. Ce scénario prévoit une croissance du PIB de 2 à 2,5 % en 2007, soit un taux de croissance identique à celui de 2006. L'inflation resterait maîtrisée.

- *L'évolution de la masse salariale*

Comme le note le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, jusqu'en 2005, la croissance de la masse salariale est restée inférieure à sa tendance de longue période, estimée autour de 4 % (en valeur). Or la progression de la masse salariale, assiette des cotisations sociales versées aux régimes de base, est une variable déterminante pour les recettes de la sécurité sociale. Elle est fonction de l'évolution de l'emploi salarié et du niveau des salaires.

La progression de la masse salariale continuerait de s'accélérer en 2007. Sur le champ des recettes du régime général, estimée à 4,3 % en 2006, elle s'élèverait à 4,6 % en 2007.

b) La décrue du chômage a un impact positif sur les comptes

La décrue du chômage, obtenue grâce au retour de la croissance économique et à la politique du gouvernement, a un double impact positif sur les finances de la sécurité sociale. En effet, la première conséquence évidente est l'abondement des recettes des régimes et des fonds de la sécurité sociale. De plus, la baisse du nombre de chômeurs indemnisés permet de modérer les dépenses du Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

c) Le dynamisme des rentrées de recettes de la sécurité sociale est très lié à l'assiette de la CSG et aux contributions publiques

• *La CSG*

Le rendement total de la CSG (y compris la part affectée à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA) s'est élevé à 71,7 milliards d'euros en 2005, en augmentation de 7,3 % par rapport à 2004. Le rendement total continuerait d'augmenter significativement en 2006 (+ 6,1 %) pour atteindre 76,1 milliards d'euros. Il progresserait à nouveau de près de 3 % en 2007 pour atteindre 78,3 milliards d'euros.

En raison de la croissance des exonérations de cotisations sociales non compensées, le dynamisme de l'assiette de la CSG est supérieur à celui de l'assiette des cotisations sociales. Ce décalage sera accentué en 2007 en raison de l'article 16 du présent projet de loi, qui permettra d'accroître les montants de recettes dus au titre de la CSG sur les revenus de placement (cet effet étant limité à l'année 2007 et compensé par une perte de recettes équivalente en 2008).

Le dynamisme de la CSG est également alimenté par la réforme de l'impôt sur le revenu réalisé par la loi de finances pour 2006. Ses articles 75 et 76 ont en effet supprimé l'abattement forfaitaire qui bénéficiait notamment aux revenus des salariés. La suppression de l'abattement est accompagnée de la baisse des taux d'imposition marginaux sur chaque tranche. S'agissant de la CSG, dont les taux sont restés stables, la réforme se traduit par un accroissement net de l'assiette. L'article 10 du présent projet vise à adapter l'assiette des cotisations due par les indépendants à la réforme de l'impôt sur le revenu.

• *Les contributions publiques*

Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, les contributions publiques augmenteront de 5,5 % en 2007. Le remboursement des exonérations de cotisations augmenterait de 7,4 %, alors que les subventions d'équilibre versées aux régimes spéciaux progresseraient de

5,8 % (ainsi, la subvention d'équilibre versée par l'Etat au régime spécial vieillesse de la SNCF augmente de près de 8 % en 2007).

2. Les évolutions par branche du régime général montrent des évolutions différenciées en 2007

En 2007, selon les prévisions du présent projet de loi, la branche maladie poursuivrait le rétablissement de ses comptes. La branche famille réduirait également son déficit. En revanche, la branche vieillesse verrait son déficit se dégrader de nouveau.

a) La branche maladie poursuit son redressement spectaculaire : de 16 milliards d'euros de déficit tendanciel en 2004 à moins de 4 milliards d'euros en 2007

Le solde prévisionnel de la branche maladie, 3,9 milliards d'euros, est le résultat de recettes en légère hausse et de dépenses en augmentation modérée.

Il est prévu que les recettes de la branche maladie du régime général en 2007 atteignent 142,6 milliards d'euros. Les recettes perçues en 2006 par la branche maladie ont été fortement impactées par l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, qui a modifié les conditions de calcul des prélèvements sociaux sur les plans d'épargne logement. En 2007, la mesure relative aux prélèvements sociaux sur les PEL s'appliquera uniquement aux PEL qui auront été ouverts dix ans auparavant. Son rendement sera donc très inférieur à celui de 2006.

Le présent projet comporte une série de mesures permettant d'accroître les recettes du régime général de 1,214 milliard d'euros par rapport à la tendance. Les principales mesures sont l'harmonisation des règles de versement et de comptabilisation des prélèvements sur les revenus de placement (300 millions d'euros) et l'affectation de recettes fiscales supplémentaires à hauteur de 350 millions d'euros.

S'agissant des dépenses, le présent projet propose un taux de progression de l'ONDAM ambitieux mais réaliste. Concernant la médecine de ville, le taux proposé peut paraître très bas ; cependant, il est prévu que les efforts sur les prescriptions et le médicament puissent s'accompagner d'une hausse modérée des honoraires. À ce sujet, le rapporteur souhaite souligner que pour la première fois les dépenses de remboursement des médicaments hypolipémiants ont baissé en 2006 (- 4,4%) après plusieurs années de très fortes augmentations.

b) La branche famille réduit son déficit de moitié en 2007 grâce à une modération des dépenses

Le déficit de la branche famille du régime général s'est stabilisé en 2006. Il devrait diminuer en 2007, passant de - 1,3 milliard d'euros en 2006 à - 0,7 milliard d'euros en 2007.

En 2007, la montée en charge de la PAJE serait pratiquement terminée. Elle ne concernerait que les enfants de trois à six ans et les masses financières concernées sont beaucoup moins importantes. Les prestations à destination de la petite enfance ralentiraient sensiblement en 2007. Les prestations extralégales retrouveraient un rythme de croissance plus modéré de + 5,9 %. Quant aux produits de la branche, l'effet positif de l'accélération de la masse salariale serait compensé par la non-reconduction de la mesure relative aux PEL.

Comme l'indique le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, la branche devra emprunter en 2007 pour couvrir les variations de sa trésorerie.

c) Le déficit de la branche retraite devient préoccupant en raison de son caractère structurel

Le déficit de la branche retraite atteindrait en 2007 - 3,5 milliards d'euros, contre - 2,4 milliards d'euros en 2006, soit une dégradation en valeur absolue de un milliard d'euros et en valeur absolue de 45 %. Les charges restent en effet en progression (+ 4,9 % en 2007) en raison de l'arrivée à soixante ans des premières générations du baby-boom, du comportement des assurés liquidant leurs pensions de plus en plus tôt et de la fin de la montée en charge de la mesure relative à la retraite anticipée (son coût atteindrait deux milliards d'euros en 2007).

Les produits n'augmenteraient que de 3,6 % en 2007. L'agrégat constitué des cotisations sociales des actifs, des prises en charge de cotisations par l'Etat et des recettes fiscales affectées à la compensation des exonérations générales augmenterait de 4,8 % en 2007. Les transferts en provenance du FSV au titre du chômage enregistreraient un recul de 4,6 % en 2007 : à la poursuite de la baisse du nombre de chômeurs s'ajouterait la poursuite du ralentissement de la cotisation de la cotisation de référence indexée sur le SMIC moyen.

d) La branche accidents du travail – maladies professionnelles devient à nouveau excédentaire

Le résultat de la branche AT – MP s'établirait en 2007 à 156 millions d'euros, contre - 40 millions d'euros en 2006. Les charges augmenteraient de 3 % et les produits de 4,9 % en raison de l'évolution dynamique de la masse salariale. Comme les y invitait la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, les partenaires sociaux ont engagé une négociation sur la branche AT – MP. Le champ de cette négociation porte notamment sur la gouvernance, la prévention,

la réparation et la tarification. Le calendrier fixe la fin du premier semestre 2007 comme terme ultime à la négociation.

3. Le montant des déficits recule sensiblement par rapport à 2006

Le montant prévisionnel du déficit régime général pour 2007 se monterait à - 8 milliards d'euros, le montant du déficit « tous régimes » atteindrait - 10 milliards d'euros. Ces déficits sont en recul sensible par rapport à 2006.

À titre de comparaison, le projet de loi de finances pour 2007 prévoit un déficit total de l'Etat de 41,6 milliards d'euros, soit 2,5 % du PIB et 18,4 % par rapport au montant total des recettes 2007. Le déficit du régime général représente 0,43 % du PIB et 2,78 % de ses recettes.

Quant à la dette, le rapport rédigé par M. Michel Pébereau sur la dette publique⁽¹⁾ montre que l'Etat supporte 79 % de la dette publique, les administrations publiques locales 10,5 % et les administrations de sécurité sociale (y compris la CADES) 8 %.

B. LES FONDS DE FINANCEMENT MÉRITENT-ILS ENCORE CETTE DÉNOMINATION ?

Le rapporteur estime fondées les observations du rapport sur la sécurité sociale de la Cour des comptes estimant que les deux organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, le FSV et le FFIPSA, deviennent progressivement des structures de cantonnement des déficits sociaux. Si l'utilité intrinsèque de leurs dépenses n'est pas remise en cause, il y a lieu de s'interroger avec les magistrats de la Cour des comptes sur la complexité que leur existence introduit en matière de financement de la sécurité sociale. En la matière, le *statu quo* deviendra de plus en plus difficile à tenir, en particulier pour le FFIPSA dont la Cour des comptes suggère la suppression pure et simple.

1. Si la situation des comptes du Fonds de solidarité vieillesse s'améliore, la question des déficits cumulés reste posée

La situation financière des comptes du FSV est très sensible à la conjoncture.

a) L'amélioration de la conjoncture et en particulier le recul du chômage permettra d'améliorer progressivement la situation du FSV

Après le point bas historique qu'a représenté le déficit 2005 pour le FSV (- 2 milliards d'euros), la situation du FSV s'est améliorée en 2006 puisque le

(1) « Rompre avec la facilité de la dette publique. Pour des finances publiques au service de notre croissance économique et de notre cohésion sociale. » M. Michel Pébereau

déficit a atteint - 1,2 milliard d'euros. L'amélioration est très substantielle en 2007 puisque le déficit prévisionnel est divisé par deux.

En 2007, les charges diminueraient de 1 % après des augmentations de + 4,8 % en 2005 et + 0,2 % en 2006. En particulier, les charges relatives à la prise en charge des cotisations à l'assurance chômage diminueraient de 4,3 % en 2007. Les produits augmenteraient de 3 % en 2007 (après 6,5 % en 2006 et - 4,4 % en 2005).

b) La question des déficits cumulés reste posée

Créé en 1993, le FSV enregistre des déficits depuis 2001. Le déficit cumulé est devenu négatif en 2002 et il atteindrait 5,6 milliards d'euros à la fin de 2007. L'accumulation des déficits du FSV constitue un problème lourd pour les finances de la sécurité sociale. D'abord, compte tenu du fait que le FSV ne peut contracter d'emprunts, le poids du déficit du FSV est porté principalement par la trésorerie de la branche vieillesse du régime général. De plus, le retour à l'équilibre du Fonds et même l'apparition d'excédents ne résoudront pas le problème du financement des déficits passés. En effet, les excédents éventuels du FSV doivent être, dans le droit en vigueur, affectés au FRR. À supposer que la loi soit modifiée afin de permettre que les excédents éventuels du FSV viennent s'imputer sur les déficits cumulés, seule l'apparition d'excédents importants et réguliers sera de nature à entamer la résorption du cumul des déficits antérieurs. Cette configuration laisserait en outre entier le problème du financement du FRR, qui a besoin de recettes supplémentaires afin de remplir pleinement les missions qui lui ont été confiées.

2. Aucune solution n'est en vue pour résoudre le problème lancinant du Fonds de financement des prestations sociales agricoles

Alors que les perspectives du FSV se révèlent moins mauvaises que prévues, l'évolution prévisionnelle du FFIPSA sur les années à venir, en l'absence de mesures adéquates, apparaît très préoccupante.

a) Le déficit 2007 est toujours élevé et il sera financé par des ressources de trésorerie

Le présent projet de loi prévoit un déficit prévisionnel 2007 du FFIPSA d'un montant de 2,1 milliards d'euros. Ce montant représente, à titre de comparaison, environ la moitié du déficit prévisionnel de la branche vieillesse de 2007.

D'un point de vue comptable, le montant du déficit du FFIPSA ne pèse pas sur la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), dont les comptes comportent un produit à recevoir (PAR) du FFIPSA. La trésorerie de la CCMSA n'est pas alourdie par ce phénomène : en effet, le FFIPSA est autorisé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du

2 août 2005 à contracter des emprunts. L'article 31 du présent projet propose de l'autoriser à contracter des emprunts dans la limite d'un plafond de 7,1 milliards d'euros.

b) Les perspectives pluriannuelles présentées dans le cadre du présent rapport sont sombres

L'annexe relative aux perspectives pluriannuelles ne laisse pas d'espoir quant à la possibilité d'un redressement à moyen terme des finances du fonds de financement des prestations sociales agricoles. En effet, dans un scénario « optimiste », le déficit du fonds se stabiliserait sur les années 2007 – 2010 à - 2,1 milliards d'euros ; dans un scénario « pessimiste », le solde serait de - 2,2 milliards d'euros.

Ces projections soulignent le problème croissant que représente le financement du déficit cumulé du FFIPSA. Ce déficit cumulé est actuellement financé par la trésorerie du FFIPSA. Sur les exercices 2005-2010, le montant du déficit cumulé devrait atteindre plus de 11 milliards d'euros, soit un montant équivalent au déficit 2005 du régime général. Ces projections montrent que le poids des déficits à financer va s'aggraver, surtout si les taux d'intérêt augmentent sur la période.

Compte tenu de la décision du Conseil constitutionnel confirmant la nature organique d'une disposition de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale interdisant tout nouveau transfert à la CADES sans affectation des recettes correspondantes, le recours à la CADES semble exclu.

c) Il faut préparer les négociations pouvant mener à un consensus sur les modalités d'un retour à l'équilibre

S'agissant de la recherche des pistes pouvant mener à un rééquilibrage des comptes du FFIPSA, les travaux du groupe de travail dirigé par M. Jean-François Chadelat en 2006 ont montré que le problème était particulièrement ardu. Il semble notamment au rapporteur que les trois ministères de tutelles du FFIPSA (ministère de l'agriculture, ministère des finances et ministère de la santé) se renvoient régulièrement les responsabilités sans aboutir à un accord.

Selon le rapporteur, il ne faut pas renoncer à l'élaboration d'un consensus. Il importe de remettre encore une fois l'ouvrage sur le métier en disposant de toutes les données financières sur le régime des exploitants agricoles, ce qui éviterait tout report de la négociation faute d'informations. La suppression du FFIPSA, que recommande la Cour des comptes, aurait l'avantage de simplifier l'architecture du financement de la sécurité sociale mais elle n'aurait aucun avantage en termes exclusivement financiers.

C. LES MODALITÉS DE LA COMPENSATION DES DIMINUTIONS DE RESSOURCES DES RÉGIMES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DÉCIDÉES PAR L'ÉTAT MODIFIENT LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET CONSTITUENT UNE INCERTITUDE RÉCURRENTÉ

1. Le principe de compensation n'a pas fait l'objet d'une stricte application

a) Malgré la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, le principe de compensation n'a qu'une valeur législative

Le principe de compensation connaît les étapes suivantes.

- *La loi n° 94-637 relative à la sécurité sociale du 25 juillet 1994*

L'article 5 de la loi n° 94-637 relative à la sécurité sociale du 25 juillet 1994 (dite « loi Veil »), codifié à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, a posé le principe de la compensation de toute mesure d'exonération (totale ou partielle) de cotisations de sécurité sociale instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi. La loi de 1994 relative à la sécurité sociale introduit le principe de compensation. Si l'on examine les ressources des régimes de sécurité sociale dans leur ensemble, cette obligation de compensation est triplement limitée : elle ne concerne pas les exonérations créées avant cette loi, elle se limite aux exonérations et ne concerne pas les autres pertes de recettes.

Il conserve cependant une valeur législative. Une autre disposition législative expresse peut y déroger. Ainsi, à titre d'exemple, la loi de finances pour 2004 procède à la suppression de l'avoir fiscal, ce qui entraîne une perte de recettes pour la sécurité sociale sans que cette diminution soit compensable.

- *La loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004*

L'article 70 de la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 est plus complète. Elle étend l'obligation de compensation à toutes les pertes de recettes pour la sécurité sociale. Elle l'étend notamment à toute réduction d'assiette de cotisations ou contributions.

Cependant, une autre loi peut toujours déroger expressément au principe de compensation. Ainsi, le développement des contrats d'avenir prévus par la loi n° 2005-32 de cohésion sociale du 18 janvier 2005 n'a pas fait l'objet de compensation après dérogation législative expresse.

- *La loi organique n° 2005-881 relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005*

L'article 1^{er} de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale n'élève pas ce principe de compensation à au niveau organique mais apporte une limitation formelle à la multiplication des exonérations non

compensées : à compter de la publication de la loi organique, seule une loi de financement de la sécurité sociale peut déroger à l'obligation de compensation fixée par l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'article 21 du présent projet propose de prévoir expressément la non compensation de trois mesures.

b) En 2007, le montant des exonérations non compensées va s'accroître de près de 10 %

Selon le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, le montant des exonérations connaît une forte croissance en 2006 après une relative stabilité en 2005. Cette croissance s'explique par l'application en année pleine de l'exonération de 26 points dégressive jusqu'à 1,6 SMIC pour les salariés qui n'ont pas réduit leur temps de travail et à la forte revalorisation du SMIC au 1^{er} juillet 2005 (+ 5,5%).

Le dynamisme des exonérations s'explique aussi par la montée en charge de nouvelles mesures mises en place en 2005, dont les mesures relatives au développement des services à la personne. Ces mesures nouvelles ne sont pas compensées. La croissance des exonérations non compensées devrait donc être très soutenue en 2007 (+ 10,5%).

La loi de finances pour 2006 a mis en place l'affectation d'un panier de recettes destiné à compenser le montant des allègements généraux de cotisations sociales. Si la compensation à l'euro près est assurée en 2006, le mécanisme prévu pour 2007 prévoit un suivi parlementaire si la compensation tombe en dessous de 98 %. Ce mécanisme présente plusieurs défauts. D'abord, il laisse non résolue la question de principe d'une compensation qui ne serait pas intégrale. Ensuite, le mécanisme de suivi parlementaire ne donne aucune garantie quant à la compensation. Enfin, il contribue à rendre plus opaque le financement de la sécurité sociale, tout en permettant à l'Etat de minorer le volume de ses dépenses, l'affectation de ce panier de taxe étant considérée comme un prélèvement sur recettes et non comme une dépense.

Heureusement, le produit 2006 et 2007 du panier de taxes devrait excéder les pertes de recettes afférentes aux deux exercices. Le projet de loi de finances et l'article 14 du projet proposent respectivement que l'excédent 2006 et l'excédent 2007 abondent les ressources de la sécurité sociale en 2007.

c) La nécessité d'un débat politique sur l'utilité des allègements de cotisations est chaque année plus évidente

Le rapporteur estime assez décevant que le premier débat d'orientation sur les finances sociales tenu en juin 2006, réunissant quatre ministres et deux commissions parlementaires, n'ait pas permis de discussions plus avancées sur l'utilité des allègements de charges et sur les modalités de la compensation des pertes de ressources pour les régimes de la sécurité sociale. Un tel débat aurait pu constituer le lieu d'une première synthèse sur ce sujet.

Lors des auditions auxquelles il a procédé en vue de préparer l'examen du projet de loi de financement (*cf.* liste des auditions en annexe), la nécessité d'un réexamen de l'ampleur et du bien fondé de ces allègements a souvent été évoquée.

Le rapporteur note avec intérêt que les travaux sur le sujet se multiplient. Ainsi, le comité d'orientation pour l'emploi (COE) a travaillé sur le sujet des aides à l'emploi. À la demande de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes a récemment réalisé une étude sur l'impact de la politique d'exonérations sur le travail peu qualifié. Cette étude réalisée en juillet 2006 a pu être transmise au rapporteur à la suite d'une demande de transmission formulée par le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales auprès de son homologue de la commission des finances.

La lecture de cette « *communication* » intitulée « *Les exonérations de charges sociales en faveur des peu qualifiés* » permet de conclure, s'agissant des allègements généraux, à une efficacité globale mais à des effets très faibles dans nombre de secteurs. L'effet net sur l'emploi se traduirait plutôt par de moindres destructions d'emplois que d'augmentations nettes. Quant aux dispositifs ciblés, ils seraient « *à la fois nombreux, instables et d'efficacité très inégale. La Cour plaide pour une réduction de leur nombre et une stabilisation sur les formules les plus efficaces (...)* »

La partie de la communication la plus intéressante est sans doute celle relative aux éclairages sectoriels. Elle montre notamment que les exonérations n'ont en fait pas profité aux secteurs les plus exposés à la concurrence internationale, et particulièrement des pays à coûts de main-d'œuvre bas, mais plutôt à des entreprises du secteur tertiaire ; la Cour cite ainsi la restauration collective et la grande distribution. Ce dernier secteur « *(...) suscite le plus d'interrogation. Il bénéficie, en effet, d'un taux élevé d'exonérations alors même que le coût salarial ne semble pas être le facteur déterminant de l'emploi. Par contre, le coût est élevé pour les finances publiques* ».

Le rapporteur estime que les conclusions de ce rapport, qui n'aborde pas d'autres effets négatifs des exonérations de charges en faveur des peu qualifiés comme les « trappes à bas salaires », pourraient utilement alimenter les discussions parlementaires sur le rapport coût/efficacité d'un pan important de notre politique de l'emploi et sur le financement de la sécurité sociale.

2. Le montant des dettes de l'Etat vis-à-vis de la sécurité sociale, problème financier et comptable, deviendra un problème politique en 2007

Les dettes de l'Etat sont en partie dues au non-remboursement de prestations versées par la sécurité sociale au nom de l'Etat ; or le principe de neutralité des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale devrait interdire ces dettes. Une autre partie est due à la non-compensation de mesures

décidées par l'Etat (exonérations, réductions d'assiette...) et ayant pour conséquence de diminuer les recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

L'article 1^{er} de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale constitue à cet égard une rupture bienvenue, puisqu'elle prescrit la transmission au Parlement d'un état semestriel recensant les dettes et créances réciproques de l'Etat et de la sécurité sociale.

Selon l'état transmis par le gouvernement aux commissions chargées des affaires sociales conformément à la loi organique relative aux lois de financement, le montant des cumulés des dettes de l'Etat au 31 décembre 2005 atteint 4,36 milliards d'euros, soit à titre de comparaison, à peu près le montant du déficit prévu en 2007 pour la branche retraite ou maladie du régime général. Ces créances trouvent leur origine dans deux causes différentes. Il s'agit d'une part des diminutions de ressources des régimes de sécurité sociale qui n'ont pas été compensées. Il s'agit d'autre part du coût que représentent pour les régimes de la sécurité sociale les prestations versées pour le compte de l'Etat et que l'Etat n'a pas financées.

Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, les perspectives pour 2006 en la matière sont sombres : hors mesures éventuelles figurant dans la loi de finances rectificatives pour 2006, le montant des dettes de l'Etat s'accroîtrait en 2006 de 1,250 milliard d'euros supplémentaires, soit à titre de comparaison la moitié du déficit 2006 de la branche vieillesse du régime général.

Le rapporteur estime cette évolution guère soutenable à terme. Le règlement de ses dettes par l'Etat, mesure indispensable, mettrait fin à un débat récurrent et finalement peu productif au regard des vrais défis de la protection sociale du XXI^e siècle.

D. L'ACCUMULATION DES DÉFICITS PASSÉS, LES INCERTITUDES PESANT SUR L'ÉVOLUTION DES COMPTES ET LA HAUSSE PROBABLE DES TAUX D'INTÉRÊTS VONT RENDRE PLUS DIFFICILES DES RÉFORMES POURTANT INDISPENSABLES

Le contexte financier des années à venir ne va pas faciliter la réalisation de réformes pourtant indispensables.

1. Les prévisions pluriannuelles conduisent à un accroissement des dettes de la sécurité sociale

Grâce à l'action de la majorité et au soutien des Français, la maîtrise des dépenses de la sécurité sociale permet d'orienter les finances des régimes dans un sentier vertueux pouvant conduire au retour à l'équilibre du régime général en

2009. Cependant, les problèmes posés par le FFIPSA et les déficits cumulés resteront entiers.

a) Le rapport annexé permet d'envisager un retour à l'équilibre du régime général en 2009

Le rapport annexé relatif aux prévisions pluriannuelles envisage, dans le cas d'un scénario optimiste, le retour à l'équilibre du régime général en 2009. Si ce scénario se réalise effectivement, le rapporteur s'en réjouira.

Cependant, cette évolution positive est soumise à de nombreuses hypothèses dont certaines sont très optimistes. De manière générale, ces chiffres sont marqués par les difficultés récurrentes de la prévision en matière de finances sociales. Enfin, le fait que le régime général parvienne à l'équilibre en 2009 ne doit pas occulter la croissance rapide sur la période 2007-2009 des déficits *cumulés* des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, en particulier du FFIPSA.

b) La Cour des comptes prévoit un déficit global cumulé de 44 milliards d'euros en 2009

Les magistrats de la Cour des comptes, à partir des prévisions données par le gouvernement et en fonction de l'évolution des comptes sur les exercices 2005 et 2006, ont calculé que les déficits cumulés des régimes obligatoires de la sécurité sociale et les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base atteindront la somme de 44 milliards d'euros en 2009¹. Cette situation préoccupante l'est d'autant plus qu'elle intervient dans un contexte où les taux d'intérêt sont historiquement bas.

2. La hausse prévisible des taux d'intérêts aura un impact sur la trésorerie des régimes et des fonds ainsi que sur la dette sociale

L'accumulation des déficits des branches a comme conséquence l'augmentation des frais financiers, qui pèse directement sur les comptes des régimes, à l'exception des déficits 2004 à 2006 de l'assurance maladie, pris en charge à partir de la fin 2004 par la CADES, caisse alimentée par une ressource spécifique et qui refinance les déficits en émettant des emprunts à moyen et long terme. Le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre donne les chiffres suivants s'agissant des frais financiers payés par chaque branche du régime général en 2007 : 269 millions d'euros pour la CNAM, 33 millions d'euros pour la CNAF et 488,3 millions d'euros pour la CNAV. Compte tenu du montant croissant des frais financiers payés par chaque branche du régime général, l'impact des hausses de taux d'intérêt sur les finances du régime pourrait être lourd.

¹ Rapport sur la sécurité sociale de septembre 2006

3. Si l'action sur la maîtrise des dépenses ne peut pas faiblir, les réflexions sur une réforme du financement de la sécurité sociale restent à engager

La législation a été marquée par des réformes généreuses dans toutes les branches de la sécurité sociale, qu'il s'agisse de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) en matière familiale, de la prestation de compensation du handicap ou de la mesure relative aux carrières longues s'agissant des retraites. Dans un contexte où le taux de prélèvements obligatoires en France reste trop élevé par rapport à ses partenaires européens et la dépense sociale élevée, le rapporteur estime qu'il convient de ne pas créer de nouveaux foyers de dépenses et poursuivre les efforts de meilleure gestion. L'effort en matière de maîtrise de la dépense est plus que jamais nécessaire, alors même que les perspectives en matière de vieillissement de la population vont resserrer les marges de manœuvre en la matière. Cependant, cet effort relatif aux dépenses n'est pas suffisant ; les aspects relatifs aux ressources ne peuvent plus être occultés. Aujourd'hui, il reste à engager des pistes de réflexion et de négociation afin d'essayer de définir les contours d'un financement authentiquement moderne de la sécurité sociale.

a) L'étude de l'élargissement de l'assiette de la cotisation employeur n'a abouti à aucun consensus

À l'occasion de ses vœux 2006 aux forces vives, le Président de la République a demandé que soient étudiées les conditions dans lesquelles un nouveau prélèvement, assis sur une base plus juste et plus favorable à l'emploi, pourrait venir se substituer progressivement aux cotisations assises sur les salaires.

Conformément à une méthode mise en place lors d'un comité interministériel tenu le 31 janvier dernier, les conclusions d'un groupe de travail administratif *ad hoc* ont été étudiées par le Conseil d'orientation pour l'emploi (COE) et le Conseil d'analyse économique (CAE) ; la synthèse des travaux a été faite par le Centre d'analyse stratégique (CAS), qui a succédé au Commissariat au Plan.

Le COE a retenu trois pistes de réforme : la modulation du barème des cotisations en fonction de la part de la masse salariale dans la valeur ajoutée, la création d'une cotisation patronale généralisée (taxant notamment l'épargne salariale) et enfin la TVA sociale. Le CAE a privilégié les pistes de réforme s'appuyant sur les prélèvements existants, comme l'affectation de points de TVA ou le relèvement de la CSG.

Constatant que le financement de la sécurité sociale était une tendance de fond en Europe, le CAS a estimé pour sa part qu'il convenait de progresser encore dans cette voie. Des conditions sont posées au succès d'une réforme en ce sens : engager une action de maîtrise des dépenses, prendre en compte les décisions de nos voisins européens et utiliser une assiette large et connue. Le rapporteur note que ces conséquences de cette fiscalisation accrue, notamment en ce qui concerne la gouvernance de la sécurité sociale, ne sont pas précisément évoquées.

En conclusion, le long processus d'étude de la proposition du Président de la République a en fait abouti à des réponses divergentes et parfois dilatoires. Trois points semblent faire consensus, sans pour autant aller dans le sens de la proposition : éviter les demi-mesures, ne pas occulter la problématique des dépenses et ne pas créer un système trop complexe. Aucune solution ne fait l'unanimité, sauf celle consistant à refuser la mise en place d'un nouveau prélèvement créé de toutes pièces.

Le dernier avatar de cette réforme pourrait être la suppression des 2,1 points de cotisations restants au niveau du SMIC pour les salariés des entreprises de moins de vingt salariés. La modification ne figurera pas dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Elle est visée à l'article 23 du projet de loi de finances, qui prévoit la compensation de cette mesure qui sera applicable au 1^{er} juillet 2007.

b) Les pistes de réforme du financement de la sécurité sociale sont encore à explorer

Les dépenses des régimes de base de la sécurité sociale doivent continuer à faire l'objet d'un effort continu, déterminé et cohérent de maîtrise. Cependant, il semble que la sauvegarde de notre système de protection sociale appelle également un changement profond en ce qui concerne les conditions de son financement.

Lors de l'examen et la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le ministre de la santé et des solidarités s'était engagé à créer un groupe de travail sur le financement de la sécurité sociale. Pourtant, un an après, force est de constater que le groupe de travail n'a pas été constitué. Les tableaux des experts relatifs à l'élargissement de la cotisation sur la valeur ajoutée (CVA, *cf. infra*) n'ont pas vraiment satisfait à la demande exprimée par les commissaires lors de l'examen et la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, demande soutenue et étayée par les partenaires sociaux.

Au moment où notre plus proche partenaire au sein de l'Union européenne, l'Allemagne, réforme considérablement le financement de sa protection sociale en augmentant le taux de sa TVA au 1^{er} janvier 2007, on peut se poser la question de savoir si le *statu quo* français peut encore se maintenir.

À défaut de proposer des solutions immédiates, le rapporteur souhaite déjà souligner les grands principes qui devraient guider une éventuelle réforme du financement de la sécurité sociale.

- *Le financement de la sécurité sociale doit être clarifié*

Il y a un impératif de clarification des dispositifs de financement de la sécurité sociale. Au fil des ans et de la création de dispositifs, le financement de la sécurité sociale est devenu illisible pour le citoyen et l'assuré, ce qui aboutit

rapidement à la confusion des responsabilités. En particulier, la politique d'allègements de cotisations sociales doit faire l'objet d'un sérieux réaménagement après évaluation de son effet net sur les créations d'emplois. Le rapporteur n'est pas sûr que le gain apporté par cette politique dépasse les coûts qu'elle entraîne pour les régimes de la sécurité sociale. En outre, le produit des taxes comportementales et environnementales, en raison de leur lien avec l'assurance maladie, doit être intégralement versé à la branche maladie. C'est le cas notamment du produit des droits tabac.

- *Le financement de la sécurité sociale doit être équitable*

On se situe dans une tendance de long terme favorisant la fiscalisation accrue du financement de la sécurité sociale, notamment grâce à la CSG et la compensation des exonérations de cotisations sociales. Cette fiscalisation pose trois problèmes : la rupture avec l'assiette « historique » du salaire, la remise en cause éventuelle de la légitimité de la gouvernance par les partenaires sociaux et les effets de redistribution que cette évolution entraîne.

Le financement de la branche retraite continuera de reposer sur l'assiette salariale. Il importe également de distinguer le financement de ce qui relève de la solidarité de ce qui relève du contributif. Ce qui relève de la solidarité nationale doit relever d'un financement complètement fiscalisé. La réflexion sur le financement de la branche famille pourrait ainsi s'engager dans cette voie.

- *L'Etat doit donner l'exemple*

Si l'Etat veut initier ou piloter une réforme du financement de la sécurité sociale, son comportement doit être exemplaire. En particulier, il n'est plus acceptable que son taux de cotisation à la branche maladie reste en deçà du taux commun. De même, le préalable nécessaire à la réforme du financement de la sécurité sociale devrait être un apurement immédiat et complet de toutes les dettes de l'Etat envers les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. - AUDITIONS

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

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu **M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes**, sur le rapport de la Cour relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale au cours de sa séance du jeudi 14 septembre 2006.

Le président Jean-Michel Dubernard a souhaité la bienvenue à M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, ainsi qu'à M. Michel Cretin, président de la sixième chambre, et à M. Michel Braunstein, conseiller maître, rapporteur général.

Ce rendez-vous annuel, le neuvième depuis l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale, constitue pour les commissaires la première étape de l'examen et de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il s'y en ajoutera un autre à partir de 2007, puisque la Cour aura chaque année à certifier avant le 30 juin, conformément à la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les comptes du régime général de la sécurité sociale. Il faut par ailleurs souligner l'excellente coopération qui s'est instaurée entre la Cour et la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), qui a notamment traité, cette année, de la tarification à l'activité (T2A) et des établissements d'hébergement des personnes âgées.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a remercié la commission de bien vouloir l'accueillir pour ce rendez-vous désormais rituel de septembre, à l'occasion duquel, depuis plusieurs années, la Cour lui réserve la primeur de son rapport annuel sur la sécurité sociale. Ce rendez-vous sera marqué, cette année, par deux innovations.

Première innovation : les conséquences de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005 conduisent à présenter au Parlement non pas un mais deux rapports. En effet, la Cour produira l'an prochain, avant le 30 juin, son premier rapport de certification des comptes de la sécurité sociale. Elle a souhaité anticiper sur cette échéance et présenter l'état des travaux préparatoires à la certification de ces comptes dans une publication distincte du rapport annuel traditionnel. La commission et la Cour auront donc, à partir de 2007, deux rendez-vous annuels : l'un en juin pour le rapport sur la certification, l'autre en septembre sur l'analyse de la situation financière de la sécurité sociale et sur les thèmes relatifs à la gestion des risques.

Deuxième innovation : depuis cette année, la Cour a souhaité accorder une place importante au suivi de ses précédentes recommandations dans ses divers rapports annuels. Ce fut le cas dans le rapport public général ; c'est également le cas dans le présent rapport. Cette année, un chapitre est ainsi exclusivement consacré à l'effet des remarques et recommandations de la Cour, renouant ainsi avec une pratique déjà présente dans les rapports sur la sécurité sociale de 1999, 2000 et 2001.

L'exposé des résultats de l'exercice 2005 sera suivi de développements relatifs à la gestion des risques, ce qui permettra d'aborder des thèmes étudiés par la Cour à la demande de la commission.

Les résultats de l'exercice 2005 restent préoccupants. Les comptes du régime général ont déjà été publiés par la Commission des comptes de la sécurité sociale au printemps dernier, faisant apparaître un déficit de 11,6 milliards d'euros, certes en recul par rapport à celui de 2004 (13,2 milliards), mais cette amélioration relative ne doit pas masquer le fait que le déficit, tous régimes et fonds de financement confondus, est plus élevé que celui de 2004 : il atteint 14,4 milliards en 2005 contre 14,2 milliards l'année précédente. Les quatre branches du régime général sont en déficit.

La branche maladie du régime général a vu son déficit ramené de 12,3 milliards d'euros en 2004 à 8 milliards en 2005. Il faut en outre souligner que pour la première fois depuis sa création en 1997, l'ONDAM a été respecté en montant. Ce résultat s'explique par une modération de la progression des dépenses de soins de ville. C'est un réel progrès, même s'il convient de le remettre en perspective : en effet, le déficit de l'assurance maladie en 2005 reste le troisième plus fort de la branche depuis 1945 ; par ailleurs, les économies issues de la maîtrise médicalisée des dépenses ont été inférieures à ce qui était attendu pour 2005 (1,6 milliard d'euros contre 3 milliards) ; enfin, le dépassement des dépenses des établissements de santé sera, en fait, supérieur aux 669 millions d'euros annoncés au printemps 2006 par la Commission des comptes de la sécurité sociale, et ce notamment du fait des cliniques privées. Ce dépassement présumé de 669 millions d'euros se répartissait inégalement, selon la Commission des comptes, entre le secteur public (371 millions, soit + 0,7 % par rapport à l'objectif fixé) et le secteur privé (298 millions, soit + 3 %). Le dépassement réel risque, selon les investigations complémentaires menées par la Cour auprès du ministère, d'être majoré d'au moins 175 millions pour les cliniques privées, en raison de provisions insuffisantes. Par ailleurs, des risques de dépassement supplémentaires, qui ne peuvent encore être chiffrés, existent pour l'activité tarifée des deux secteurs. On reporte ainsi de nombreuses charges sur l'avenir, ce qui fait d'ores et déjà peser des incertitudes sur le respect de l'ONDAM hospitalier en 2006.

La Cour a contrôlé certains de ces postes de dépenses. S'agissant des soins infirmiers en secteur libéral par exemple, elle a constaté tout à la fois l'échec des mécanismes de régulation démographique de la profession et celui des mécanismes de maîtrise des dépenses qui ont été mis en place depuis une dizaine

d'années dans ce secteur. Les tentatives de réorientation de l'activité des infirmiers des soins de *nursing* (pouvant être pris en charge par les aides à domicile) vers les actes techniques n'ont pas donné davantage de résultats.

Dans le cadre du suivi de ses recommandations, la Cour a aussi examiné la réforme de la rétrocession des médicaments achetés par les hôpitaux et revendus à des patients non hospitalisés. Les médicaments rétrocédés sont, on le sait, remboursés à 100 % aux assurés par l'assurance maladie non sur l'enveloppe hospitalière mais sur celle des soins de ville. L'intérêt pour l'hôpital est qu'il peut ainsi fournir à des patients des médicaments dont le coût ne pèse pas sur sa dotation budgétaire et sur lesquels il bénéficie d'une marge. Les entreprises pharmaceutiques y trouvaient également leur compte puisqu'elles pouvaient, jusqu'à très récemment, vendre ces médicaments à prix libres alors que les médicaments sur le marché de ville sont normalement soumis à des prix administrés. Cette pratique a beaucoup augmenté ces dernières années, alourdissant d'autant les dépenses de soins de ville : les rétrocessions représentaient 660 millions d'euros en 2000 et 1,4 milliard en 2004.

La réforme visait à faire baisser le montant de cette rétrocession en établissant une liste limitative des médicaments rétrocédés. Le bilan effectué par la Cour en 2006 montre que les objectifs n'ont pas été atteints : le volume des médicaments ainsi vendus reste important et l'établissement – long et difficile – de la liste des médicaments rétrocédés n'a pas empêché de vendre des médicaments non inscrits sur cette liste. Il conviendrait donc de mettre fin à cette curieuse exception française, très coûteuse pour l'assurance maladie.

La Cour est également inquiète pour les autres branches, surtout la branche retraite et la branche famille, qui s'enfoncent dans des déficits structurels.

La branche retraite est passée d'un très faible excédent en 2004 à un déficit de près de 2 milliards d'euros en 2005. Celui-ci résulte de l'augmentation des dépenses de prestations (augmentation de 8 % en 2005 contre 3,8 % en 2003 et 5,2 % en 2004), consécutive notamment à l'augmentation des retraites anticipées pour cause de longue carrière qui ont plus que doublé entre 2004 et 2005.

La branche famille est également devenue déficitaire (1,3 milliard d'euros contre un excédent de 0,5 milliard en 2004). La raison en est simple et connue : les dépenses ont progressé plus vite que les recettes. La progression des aides légales à la petite enfance a été de 10 % et celle des dépenses d'action sociale de 15,4 %, progression sans commune mesure avec celle des recettes de la branche qui n'a été que de 4 %. L'effet de l'augmentation des aides légales à la petite enfance est tout particulièrement préoccupant en raison de l'assouplissement généralisé des conditions de ressources et d'une très mauvaise estimation du surcoût de la principale prestation, en l'occurrence la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), dont la dépense a doublé entre l'estimation faite en 2004 (850 millions d'euros) et le coût constaté en 2005 (1,6 milliard). De telles défaillances dans la

prévision ne peuvent relever seulement de l'incertitude statistique. Il y a eu en la matière un défaut grave et coûteux de prévision.

Si l'on examine le régime général dans son ensemble, on constate une progression de 5,1 % des recettes en 2005, du fait notamment d'une augmentation des taxes affectées ; cela souligne que la cause principale des déficits constatés tient à l'insuffisante maîtrise des dépenses.

La Cour serait passée à côté d'un point essentiel si elle n'avait pas mentionné les fonds de financement des organismes de sécurité sociale, et sa conclusion sur ce point est claire : ces derniers ne jouent plus leur rôle car ils sont eux-mêmes lourdement et structurellement déficitaires. Cela vaut tout particulièrement pour le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA). Le FSV accuse un déficit de 2 milliards d'euros en 2005, portant son déficit cumulé à 3,7 milliards, soit près du tiers de ses ressources, et le FFIPSA, créé en 2005, enregistre, dès sa première année de fonctionnement, un déficit de 1,4 milliard. L'an passé, la Cour avait déjà appelé l'attention du Parlement sur la situation financière de ces deux fonds et constaté devant la commission que l'Etat ne semblait pas prendre la mesure de déficits structurels que le retour de la croissance ne parviendrait pas, tant s'en faut, à combler. Selon les prévisions de recettes et de dépenses annexées à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, ces deux fonds connaîtront des déficits jusqu'au terme de la période de prévision, c'est-à-dire en 2009. En 2009, la somme de leurs déficits cumulés dépasserait 17 milliards d'euros : 8 milliards pour le FSV et 9 milliards pour le FFIPSA.

Cette situation ne peut durer. Le gouvernement fait valoir l'hypothèse optimiste d'un retour à l'équilibre du FSV en 2009. C'est une hypothèse qui paraît à la Cour peu réaliste et qui, de plus, passe sous silence le fait que des ressources substantielles devront être dégagées par le fonds après 2009 pour compenser le déficit accumulé. Dès lors, à défaut de décisions rapides visant à rééquilibrer ces deux fonds, la Cour s'interroge sur l'opportunité – voire la légitimité – de leur maintien dans le dispositif de financement des régimes de retraite et du régime agricole. Pour le moment, les créances sur ces fonds étant considérées comme recouvrables, elles ne dégradent ni les comptes de la branche retraite ni ceux du régime agricole, masquant ainsi la réalité de leur situation financière. À titre d'exemple, en tenant compte des sommes dues par le FSV, le déficit réel de la branche retraite du régime général ne serait pas de 2 milliards d'euros, mais de 5,7 milliards. À l'heure de la certification, cette situation ne contribue pas, et c'est un euphémisme, à la transparence des comptes. Tôt ou tard, il faudra bien provisionner ces créances, ce qui dégradera alors mécaniquement les comptes des régimes. Il serait sans doute plus simple et plus lisible d'affecter directement à ces régimes les ressources qui leur reviennent sans les faire transiter par des fonds qui ne remplissent plus leur fonction. Cela vaut tout particulièrement pour le FFIPSA qui, selon la Cour, devrait être supprimé.

La Cour avait l'an passé souligné que le système français de protection sociale n'était aujourd'hui plus totalement financé et que les générations futures risquaient d'hériter d'un lourd passif. Si l'on ajoute aux résultats prévisionnels du FSV et du FFIPSA jusqu'en 2009 les déficits prévisionnels des branches du régime général, il faudra faire face à 16 milliards d'euros de déficits cumulés non financés en 2006, et ce en dépit de la reprise par la CADES des déficits de l'assurance maladie pour 2004, 2005 et 2006. À l'horizon 2009, il faudra ajouter à ces 16 milliards quelque 21 milliards de déficit supplémentaires, portant le besoin de financement du régime général et des fonds de financement à plus de 37 milliards et, pour l'ensemble des régimes de base, à près de 44 milliards. Pour 2006, les déficits prévus ne sont financés que par des ressources, coûteuses, de trésorerie, qui entre 2000 et 2005, pour la seule assurance maladie, ont représenté des charges financières de 1,5 milliard d'euros.

Il n'appartient pas à la Cour de détailler les réformes qui permettraient le retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale. Son rôle est d'abord de révéler l'exactitude et l'ampleur des besoins de financement auxquels les régimes sociaux sont confrontés. Ce n'est toutefois pas forcer le trait que d'affirmer une fois encore que la sécurité sociale est confrontée à une évolution de sa situation financière qui nécessitera dans de très brefs délais de nouvelles et profondes réformes.

S'agissant de la gestion des risques sociaux, les thèmes étudiés cette année correspondent (pour trois d'entre eux) à des demandes de l'Assemblée nationale, faites soit au titre de l'article 58-2 de la loi organique relative aux lois de finances (c'est le cas notamment de l'étude sur les régimes spéciaux, remis à la commission des finances de l'Assemblée nationale au mois de mai dernier), soit par la MECSS. Elles correspondent toutes les trois à des sujets sensibles, qui ont conduit à des positions de la Cour que l'on peut qualifier à la fois de vigoureuses et de critiques.

Le premier thème examiné est celui du pilotage de la politique hospitalière et, tout particulièrement, de la tarification à l'activité (T2A), qui a démarré en 2005. Il doit être bien clair que la Cour partage sans réserve l'objectif de la T2A, qui introduit un nouveau mode de rémunération des soins dispensés par les hôpitaux et les cliniques privées, à la fois identique pour tous les établissements et fondé sur l'activité réelle. Elle approuve la volonté, partagée par tous les acteurs, de mettre en œuvre la T2A dans les meilleurs délais.

Mais les contrôles auxquels elle a procédé montrent que la T2A souffre de nombreux péchés de jeunesse qui restent à corriger : des modalités de pilotage trop complexes ; un manque de lisibilité et de transparence dans la mise en œuvre ; une trop grande sophistication du dispositif tarifaire et enfin le poids trop important, et qui va croissant, des dotations pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), qui sont des dotations censées couvrir des missions de service public ne pouvant être l'objet d'un tarif, mais dont certaines, dans les faits, servent à financer des activités normalement soumises à un tarif, ce qui limite d'autant la portée de la réforme.

L'objectif de la T2A est de rémunérer un même séjour au même tarif, quel que soit l'établissement dans lequel il a été effectué. Elle implique donc non seulement une convergence intrasectorielle de ces tarifs mais aussi une convergence intersectorielle, c'est-à-dire entre hôpitaux publics et cliniques privées, laquelle, selon le législateur, doit être réalisée à 50 % en 2008 et achevée en 2012.

Au terme de ses contrôles, la Cour estime que la réalisation de la convergence intersectorielle exige trois conditions préalables et non réunies à ce stade. Premièrement, cette convergence doit se faire à partir des tarifs des établissements les plus efficaces et non pas à partir des tarifs moyens actuellement constatés. Deuxièmement, elle doit s'appliquer à des tarifs complets, qui doivent donc inclure les honoraires des professionnels de santé exerçant dans les cliniques privées. Enfin, elle doit rémunérer des prestations homogènes, ce qui implique que soient préalablement éliminés les facteurs de disparités existant entre les deux secteurs : il faut prendre en compte par exemple le fait que l'hôpital public doit supporter des charges de service public liées à la permanence des soins ou à la prise en charge des publics les plus démunis, charges que ne supportent pas les établissements privés. Cela suppose notamment un consensus sur le constat de ces disparités entre secteurs public et privé, consensus qui est loin d'exister actuellement et qui nécessite des études approfondies qui n'ont été lancées que cette année.

Dans son rapport de juillet 2006, la MECSS a pris parti sur ce sujet en estimant, ce qui était tout à fait cohérent, que le calendrier actuel arrêté par le législateur devait être maintenu. Il n'appartient pas à la Cour d'apprécier cette prise de position, mais la présentation de ce rapport conduit à souligner de nouveau que la mise en œuvre à marche forcée de la convergence intersectorielle n'a aucun sens aussi longtemps que les trois conditions préalables ne sont pas remplies. Or, on sait que deux d'entre elles exigent des réformes considérables qui peuvent difficilement tenir dans des délais aussi brefs. Il est donc du devoir de la Cour d'attirer l'attention de la commission sur les dangers d'une mise en œuvre de la T2A qui cumulerait, dans un contexte budgétaire très contraint, à la fois les inévitables incertitudes du démarrage et des objectifs de convergence excessivement ambitieux, voire irréalistes. Cela risquerait à la longue de démobiliser une partie des acteurs et irait à l'encontre d'une politique désormais acceptée par tous.

Un deuxième thème retenu dans la partie du rapport consacrée à l'analyse de la gestion des risques sociaux concerne l'action sociale des caisses de sécurité sociale. L'action sociale intervient en principe de manière facultative et subsidiaire par rapport au versement des prestations légales, et qu'elle vise donc à prendre en compte les cas individuels et à corriger les inégalités pouvant résulter de l'application des règles générales. C'est le cas de la branche maladie, qui n'appelle pas de commentaire particulier sur ce point. C'est aussi le cas de la branche retraite, dont l'action sociale doit cependant être mieux articulée avec celle, massive dans ce secteur, des collectivités territoriales (si tel n'était pas le cas, c'est

la légitimité même d'une action autonome des caisses de retraite qui pourrait être remise en cause).

À l'inverse, la Cour porte un jugement plus sévère sur l'action sociale de la branche famille. Cette action sociale s'inscrit dans un dispositif de prestations familiales servies soit sans conditions de ressources (c'est le cas des 12 milliards d'euros d'allocations familiales), soit avec des conditions peu discriminantes (c'est le cas des 9 milliards d'euros de prestations spécifiques à la petite enfance, qui, compte tenu des diverses mesures prises récemment, sont accordées à plus de 90 % des familles). Ainsi, on aurait pu s'attendre à ce que les sommes importantes accordées à l'action sociale (3,4 milliards d'euros) soient consacrées aux enfants et aux familles placées dans des situations difficiles afin de contrebalancer le faible ciblage des prestations légales.

Or, tel n'est pas le cas. Les crédits alloués à l'action sociale ne sont consacrés qu'à hauteur de 11 % aux dotations sociales libres d'emploi, celles qui permettent de répondre aux situations individuelles difficiles. Les 89 % restants sont utilisés principalement pour financer des structures gérées par les communes (crèches, haltes-garderies, centres de loisirs) par le biais de contributions financières et de prestations contractuelles. L'utilisation de ces crédits, qui représentent donc l'essentiel de l'action sociale, est de plus marquée par un fort défaut de pilotage et de sélectivité, ce qui aboutit à de grandes inégalités entre les bénéficiaires des prestations. Les chiffres sont sur ce point significatifs. Pour les contrats enfance, ces contrats passés entre les CAF et les communes pour cofinancer l'offre d'accueil, les dépenses par enfant, par an et par CAF varient de moins de 30 euros à plus de 330 euros. Pour la CAF de Seine-Saint-Denis, la dépense est de 62 euros par enfant et par an, alors qu'elle est de 149 euros pour celle des Yvelines. Parmi les communes consacrant, grâce à ces contrats, plus de 1 000 euros par an et par enfant, on trouve dix communes résidentielles des Yvelines et seulement deux communes de Seine-Saint-Denis.

Certes, des dispositions viennent d'être prises à la fois pour maîtriser ces dérives financières et réorienter l'action sociale vers les publics qui en ont le plus besoin, mais cette prise de conscience s'est faite dans l'urgence et sous la contrainte de l'impasse financière, plutôt que sur la base d'une réflexion aboutie. Si, prise isolément, chacune des actions conduites a sa légitimité, on se trouve globalement confronté à des problèmes de principe qu'on ne peut éluder. L'action sociale doit, tout en répondant aux besoins, corriger ou, à tout le moins atténuer les inégalités, non les accompagner, ni *a fortiori* les aggraver.

Les régimes spéciaux de retraite, comme chacun sait, n'ont pas été concernés par l'importante réforme des retraites de 2003. Les « droits spécifiques » de ces régimes spéciaux sont désormais bien connus et identifiés. Sans les détailler, il faut rappeler que les déficits futurs de ces régimes seront financés soit par le budget de l'Etat (pour la RATP et la SNCF), soit par une taxe sur la consommation pesant sur les usagers (pour les industries électriques et gazières). Il n'est pas besoin de rappeler davantage que la réforme de 2003 n'a pas

permis, loin de là, de régler le problème de financement de l'ensemble des retraites. Les dernières estimations du conseil d'orientation des retraites (COR) montrent que l'impasse financière est bien plus grave que celle estimée en 2003. Dans ces conditions, l'accroissement de la durée de cotisation prévue (le passage de 40 à 41 annuités d'ici 2012) pour bénéficier d'une retraite à taux plein ne suffira pas, et de nouvelles mesures de sauvegarde des régimes de retraite seront inévitables. Un tel contexte pourra paraître rendre difficilement envisageable le maintien du *statu quo* pour les 360 000 cotisants actifs des régimes spéciaux examinés par la Cour dans le cadre du rapport. La Cour des comptes, qui a procédé à cette étude à la demande d'une commission de l'Assemblée nationale et la présente aujourd'hui, dans le cadre d'un rendez-vous annuel déterminé bien à l'avance, n'a rien à voir avec des déclarations récentes faites par certains sur ce sujet.

La Cour a également abordé dans son rapport plusieurs autres aspects de la gestion du risque, dont deux doivent être mentionnés ici.

Tout d'abord, la Cour a examiné la gestion des prestations d'assurance maladie obligatoire par les mutuelles et les sociétés d'assurance. C'est un système ancien, hérité de l'après-guerre, et qui concerne plus de 11 millions de personnes (en particulier près de cinq millions de fonctionnaires ou ayants droit et près de 1,6 million d'étudiants). Pour exercer la gestion du régime obligatoire, ces organismes perçoivent chaque année de la part de l'assurance maladie une rémunération des frais de gestion de 550 millions d'euros, dont le montant unitaire varie fortement selon les organismes concernés, et ce sans justification rationnelle. L'importance des moyens humains mobilisés, d'une part par les mutuelles (7 000 agents gérant la part obligatoire), d'autre part par l'assurance maladie (36 000), oblige à s'interroger sur l'opportunité de cette dispersion de la gestion entre de multiples structures, ce qui prive le système de gains de productivité potentiels importants, gains rendus possibles notamment par la généralisation des feuilles de soin électroniques. La lecture de l'éditorial de juillet 2006 du président d'une importante mutuelle de fonctionnaire est édifiante et se passe de tout commentaire : « *D'importants gains de productivité en effet ont pu être réalisés au cours de dix dernières années grâce à l'informatique. Jusqu'alors la mutuelle n'en avait que partiellement tiré parti en limitant les réductions de postes et le non-renouvellement des départs en retraite et en conservant par conséquent un volant de personnels en sureffectif. C'est aujourd'hui un luxe qu'elle ne peut plus se permettre* ». Sur ce sujet sensible, la Cour s'interroge quant au mode d'organisation optimale à faire prévaloir à l'avenir, tout en recommandant de rationaliser dès maintenant les dispositifs de rémunération des organismes délégués.

Enfin, la Cour s'est penchée sur le fonctionnement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) qui bénéficie gratuitement à 4,8 millions de personnes dont les ressources sont inférieures à un certain seuil. On ne peut qu'être frappé par la complexité des mécanismes retenus pour cette prestation, et notamment par la dispersion de la gestion du dispositif entre les

caisses primaires d'assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Dans les faits, les organismes complémentaires ont peu utilisé cette possibilité et leur part de marché qui a toujours été inférieure à 15 % régresse actuellement. Cette complexité concerne aussi les mécanismes mis en place pour atténuer les effets du plafond de ressources (contrats de sortie, crédit d'impôt) qui sont incompréhensibles pour ceux qui pourraient en bénéficier. Cette machinerie administrative pourrait être très fortement simplifiée au bénéfice des assurés, notamment en confiant aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) la gestion exclusive de la CMUC. Parallèlement à cette remise en ordre administrative, la Cour recommande de renforcer le contrôle du dénombrement des bénéficiaires de la CMUC, mais aussi de mettre fin aux abus réels en matière de refus de soins par les professionnels de santé.

S'agissant enfin de l'avancement des travaux nécessaires à la certification des comptes du régime général conformément à la loi organique du 2 août 2005, le compte rendu des vérifications de la Cour sur les comptes de l'exercice 2006 et les opinions qui en résulteront doivent faire l'objet avant le 30 juin 2007 d'un rapport spécifique. C'est donc une préfiguration de ce rapport qui est aujourd'hui remise à la Commission.

Il convient d'insister principalement sur deux points. Le premier a trait à la mise en œuvre de la certification dans les organismes de sécurité sociale. En 2005, la loi a confié aux organismes nationaux un pouvoir de validation des comptes des organismes de base afin de leur permettre d'élaborer des comptes combinés de branche satisfaisant à des exigences de régularité, de sincérité et d'image fidèle. Il s'agit là d'une disposition très importante puisque les organismes locaux n'ont pas de commissaires aux comptes. Compte tenu des échéances inscrites dans la loi organique du 2 août 2005, les organismes nationaux doivent mettre en place dans les meilleurs délais ce dispositif de validation en définissant d'abord un référentiel commun aux branches, en le déclinant ensuite sur l'ensemble du réseau et, enfin, et surtout en le faisant pleinement et effectivement fonctionner. Il s'agit là d'un travail considérable, puisqu'il conduit à ce que l'agent comptable national, qui se voit reconnaître des attributions proches de celles d'un commissaire aux comptes, soit en mesure de présenter à la Cour des comptes certifiables. La Cour a pu noter, dans chacune des branches, l'importance et la qualité du travail mené en 2005 et au premier semestre 2006, tant par la direction de la sécurité sociale (DSS) et la mission comptable permanente (MCP) que par les caisses nationales elles-mêmes. Néanmoins, il apparaît fort improbable que ce dispositif soit pleinement opérationnel avant 2007.

Le second point sur lequel la Cour souhaite attirer l'attention de la Commission a trait à la qualité des états financiers qui seront présentés par les caisses nationales, et en particulier de l'annexe aux comptes qui est le complément indispensable pour éclairer les chiffres fournis par le bilan et le compte de résultat. Or, les annexes figurant dans les états financiers que la Cour a examinés cette année présentent de fortes lacunes. Par exemple, dans la branche maladie, les très

importantes conséquences comptables de la T2A, avec notamment une augmentation substantielle des provisions pour charges, ne sont guère explicitées. Il en va de même dans la branche retraite, avec l'adossement d'une partie des prestations du régime des IEG.

La Cour attend des progrès importants sur ces points pour les comptes 2006. En tout état de cause, elle se situe dans une démarche pluriannuelle : il faudra plusieurs années en effet pour atteindre l'objectif souhaitable d'une opinion sans réserve sur un ensemble de comptes et pour acquérir la conviction qu'ils reposent sur des systèmes et des processus de contrôle fiables.

Le président Jean-Michel Dubernard a remercié le premier président de la Cour des comptes pour son exposé, riche de propositions audacieuses, telle la suppression du FFIPSA et du FSV, ou encore celle de la rétrocession hospitalière – et encore a-t-il été relativement peu question des régimes spéciaux de retraite... Le propos est cohérent avec celui tenu l'an dernier, à savoir que les compromis réformistes sont inopérants et qu'une révolution est nécessaire pour sauver la sécurité sociale.

Les développements du rapport de la Cour relatifs à la productivité des établissements hospitaliers sont très éclairants : ainsi, le nombre moyen annuel d'opérations sous anesthésie par salle d'intervention est de 559 à l'Assistance publique - Hôpitaux publics, 638 dans les hôpitaux publics hors Assistance publique – Hôpitaux publics et de 1 039 dans les cliniques privées, et sans doute les écarts sont-ils encore supérieurs d'un établissement à l'autre. Les personnels des salles d'opérations, tant médicaux qu'administratifs, ont le désir de faire évoluer le système et les structures, mais ils n'y arrivent pas. Comment les y aider ?

Le bilan de l'aide à la souscription d'une assurance complémentaire santé, instituée par la loi du 13 août 2004, apparaît mitigé : sur 2 millions de bénéficiaires potentiels, seuls 200 000 y ont recouru. Quelles conclusions peut-on en tirer ?

Quel est, enfin, le programme d'investigations de la Cour pour les années 2006 à 2008 ?

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, a posé les questions suivantes :

– Si la suppression du FFIPSA et du FSV constituait une simplification, que changerait-elle au problème financier ?

– La Cour des comptes a livré à la commission des finances de l'Assemblée un rapport sur l'effet des exonérations de cotisations sociales sur l'emploi peu qualifié ; quelles en sont les conclusions ?

– Est-on certain, par ailleurs, que la création de la CNSA a conduit à un recul à due concurrence des dépenses à la charge de l'assurance maladie ?

– Quel est l'avis de la Cour sur le contenu de la convention d'objectifs et de moyens (COG) conclue par l'Etat avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), notamment sur les gains de productivité qu'elle comporte ?

– Enfin, dans la perspective de la certification des comptes de la sécurité sociale, on ne pourra plus éluder longtemps la question du devenir de la créance de la sécurité sociale sur l'Etat.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, convenant que la suppression du FFIPSA et du FSV ne réglerait pas le problème financier, a souligné qu'elle aurait au moins le mérite de le mettre en évidence au lieu de le masquer : on ne pourrait plus faire comme s'il n'existait pas. On est actuellement dans une situation où tout le monde fait semblant de croire que l'Etat va prendre en charge les déficits, alors que l'Etat ne donne aucune indication claire en la matière.

L'effet des exonérations de charges sociales est un sujet important. La loi organique relative aux lois de finances et la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale ont institué de nouvelles relations entre les commissions parlementaires, et leurs organes de contrôles, avec la Cour des comptes. Or, il est des domaines où, non sans raison, les commissions chargées des finances et celles chargées des affaires sociales s'estiment également compétentes. S'agissant des exonérations de charges sociales, c'est le cas ; en l'occurrence, c'est la commission des finances de l'Assemblée qui a demandé un rapport à la Cour, et qui en est donc destinataire en la personne de son président car l'adresser à tous ses membres reviendrait à le rendre public. Cela dit, à défaut d'être « rendu public », et consultable sur l'Internet, le rapport en question est accessible au public, et quiconque en fait la demande peut l'obtenir. Un problème se poserait cependant au cas où l'organisme destinataire d'un rapport n'en ferait aucun usage : cela signifierait-il que la Cour doive s'interdire de révoquer le sujet ? Et si oui, dans quels délais après la remise du rapport ? Il faudrait établir des règles définitives en la matière, applicables aux relations de la Cour avec les deux commissions.

Le président Jean-Michel Dubernard a précisé qu'il avait envoyé une lettre au président de la commission des finances de l'Assemblée nationale demandant communication d'une copie du rapport.

M. Jean-Marie Le Guen a observé qu'un durcissement juridique des conditions d'attribution des exonérations avait été envisagé, avec un dispositif de remboursement. La Cour a-t-elle étudié cet aspect particulier ?

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a répondu que tel n'était pas le cas, mais que la Cour continuait à travailler sur la question, dans la perspective d'autres rendez-vous, tel le rapport public général.

S'agissant du programme d'investigation de la Cour, les travaux de la sixième chambre relatifs à la gestion des risques sociaux seront centrés sur l'hôpital, en collaboration avec les chambres régionales des comptes, les problèmes complexes de répartition des compétences entre la Cour et les chambres régionales ayant pu être surmontés. Les quatre prochains rapports seront principalement centrés sur l'hôpital.

M. Michel Braunstein, rapporteur général, a apporté les précisions suivantes :

– La sixième chambre traitera notamment dans les prochaines années de l'organisation des soins à l'hôpital, prenant à bras-le-corps la question de la productivité chère au président de la commission. Les éléments qui figurent dans le présent rapport, et qui viennent principalement de la DREES et de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), montrent que des esquisses de solutions ont pu être apportées là où les personnels se sont saisis du problème ;

– S'agissant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), le danger principal est surtout que l'assurance maladie soit davantage mise à contribution, puisque c'est elle, *in fine*, qui paie ;

– La convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'assurance maladie a été signée dans le courant de l'été. Il est donc encore trop tôt pour l'évaluer, mais il semble qu'elle tienne compte d'une des recommandations faites par le rapport 2005 de la Cour relative à la gestion des effectifs, puisque les départs à la retraite ne seront compensés qu'à 60 %. On verra ce qu'il en sera dans trois ans.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie, est intervenu sur les points suivants :

– Il faut approfondir la question de l'aide à la souscription d'assurance complémentaire santé ;

– Concernant la T2A, la Cour a précisé les conditions qui lui semblaient nécessaires pour que soit réalisée la convergence intersectorielle. La MECSS, pour sa part, a dit qu'elle souhaitait mener celle-ci à bien dans les délais prévus, sous réserve de la résorption des écarts résiduels et de la convergence des tarifs. La divergence principale n'est-elle pas, en fin de compte, celle qui oppose les optimistes aux pessimistes ? La Cour peut-elle préciser, par ailleurs, ce qu'elle entend lorsqu'elle parle de clarifier les compétences de l'agence technique pour l'informatisation hospitalière (ATIH) ?

– Enfin, plutôt que de supprimer la rétrocession des médicaments, ne vaudrait-il pas mieux agir sur les marges bénéficiaires relatives à ces médicaments ?

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

– En quoi la suppression du FSV résoudrait-elle le problème financier du régime général ? Elle reporterait le déficit sur les caisses et le budget de l'Etat, lesquels sont déjà en fort déficit. Certes, le système actuel n'est pas conforme au droit et sa suppression simplifierait les circuits financiers, mais l'existence du FSV permet d'avoir un début de comptabilité analytique des charges de retraite et de faire ressortir la responsabilité du Parlement et du Gouvernement pour le financement de certaines prestations.

– Concernant les régimes spéciaux de retraite, la Cour préconise-t-elle l'intégration des retraites des agents de la SNCF au régime général, plutôt qu'un adossement qui maintiendrait les règles spécifiques, comme cela a été fait pour la RATP et les industries électriques et gazières (IEG) ? Recommande-t-elle un système comparable à celui appliqué à France Télécom, maintenant les droits acquis pour les fonctionnaires en place, mais alignant les futurs employés sur le droit commun des retraites ? À quelle échéance le risque que fait peser sur les comptes et les coûts de production de la RATP et des IEG le maintien des règles de constitution et de liquidation des droits à pension deviendra-t-il substantiel ?

– La Cour a-t-elle étudié, enfin, la situation de la Poste et de ses fonctionnaires ? Celle-ci peut-elle être traitée sans que soit abordée la question du financement des pensions des fonctionnaires civils et militaires de l'Etat ? En effet, lorsque le fonctionnaire cotise pour un euro pour sa pension, l'Etat cotise pour six euros...

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a précisé que la Cour s'était contentée de signaler les problèmes posés par les régimes spéciaux, tant du point de vue de l'équité que de celui du financement. Quant à savoir si son traitement doit être ou non précédé d'une large ou étroite concertation, s'il doit être progressif ou brutal, immédiat ou différé, s'il convient de maintenir, dans quelles proportions et avec quels effets de seuil, les droits acquis des personnels en place, ce sont des choix politiques, à propos desquels la Cour n'a pas à exprimer de préférence – mais dont elle se réserve d'étudier les conséquences quelques années après qu'ils auront été faits...

M. Michel Cretin, président de la sixième chambre, a estimé qu'il n'y avait pas de divergence de fond, sur la T2A, entre la MECSS et la Cour des comptes : celle-ci dit simplement qu'à vouloir aller trop vite en besogne, on risquerait un échec lourd de conséquences pour tout le monde. Tant que les honoraires des médecins ne seront pas intégrés aux tarifs, la convergence intersectorielle n'aura pas grand sens. Celle-ci est indispensable, mais fixer des

échéances irréalistes, comme 50 % de convergence en 2008, serait contre-productif.

L'Agence technique et d'information sur l'hospitalisation (ATIH) doit être, aux yeux de la Cour, recentrée sur son rôle technique et être dotée de moyens accrus afin de pouvoir mener ses travaux dans de bons délais. Leur qualité technique n'est pas en cause, bien au contraire : lorsque la Cour a voulu réaliser l'échelle nationale des coûts commune aux deux secteurs de l'hospitalisation, c'est à elle qu'elle a recouru après avoir constaté que le résultat du travail confié à un cabinet privé ne la satisfaisait pas.

La rétrocession des médicaments a longtemps fonctionné en marge de la légalité : il a fallu attendre douze ans, c'est-à-dire le décret de 2004, pour qu'elle reçoive une base juridique. Et encore constate-t-on aujourd'hui que beaucoup de rétrocessions continuent de se faire hors liste. Le système, en outre, est inflationniste, puisque les hôpitaux conservent une petite marge au passage, et que les médicaments sont remboursés à 100 % par l'assurance maladie. Rien, enfin, du point de vue médical, ne justifie cette pratique, qui n'existe d'ailleurs qu'en France : s'il s'agit de médicaments disponibles en pharmacie, il n'y a pas de raison qu'ils suivent un circuit particulier et s'ils doivent être réservés aux pharmacies hospitalières, ils n'ont pas lieu d'être rétrocédés.

M. Michel Braunstein, rapporteur général, a souligné que la suppression du FSV permettrait d'afficher le vrai déficit de la branche vieillesse, à défaut de le réduire. Dans l'hypothèse où l'équilibre serait atteint en 2009, il resterait encore, dans les années suivantes, à financer les 8 milliards d'euros de déficit cumulé à cette date et qui génèrent des frais financiers considérables.

La Cour ne préconise nullement l'intégration au régime général des trois régimes spéciaux mentionnés dans son rapport. Contrairement à l'adossement, la solution qui avait été retenue pour France Télécom ne peut trouver à s'appliquer aux entreprises en question, puisque celles-ci n'emploient pas de fonctionnaires. Quant au cas de la Poste, la Cour ne l'a pas encore étudié ; elle le fera.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes, a considéré que le régime de la Poste, n'étant ni un régime spécial ni un régime particulier, pouvait être qualifié d'« original »...

M. Jean-Luc Prél a rappelé que le retour à l'équilibre avait été annoncé pour 2007 ; or, on en est loin. Quels facteurs peuvent expliquer le retard pris ? Sans doute, s'agissant de la vieillesse, l'un d'eux est la sous-estimation – volontaire ? – de l'impact des départs anticipés des salariés ayant commencé à travailler très jeunes... À quelle échéance peut-on espérer le retour effectif à l'équilibre ?

Quant au régime agricole, il est largement déficitaire depuis la transformation du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) en FFIPSA et la suppression de la subvention d'équilibre. Quel est son avenir ? Faut-

il vraiment le supprimer ? Et, si oui, qui assurera la compensation démographique ? Le régime général ? L'Etat ?

La réforme de 2003 était censément fondée sur l'équité, mais elle a laissé de côté les régimes spéciaux. L'UDF avait proposé, à l'époque, de les mettre en extinction. La Cour envisage-t-elle leur disparition à terme ? Que pense-t-elle du principe d'un adossement assorti du versement de soultes ? S'agissant de ces soultes, est-il juste de faire payer l'assuré du régime général ou le consommateur ?

Un récent rapport de la Cour des comptes évoque également les statuts des personnels hospitaliers. Comment aller, compte tenu de leur multiplicité, vers la simplification ?

Enfin, puisqu'il semble que le rapport adressé par la Cour à la commission des finances de l'Assemblée sur les exonérations de charges en faveur des bas salaires est accessible, est-il possible de savoir quelle part de ces exonérations n'est pas compensée par l'Etat ?

Soulignant le caractère synthétique des travaux de la Cour, **M. Jean-Marie Le Guen** a jugé préoccupante la situation que présente le rapport de la Cour. Sur la période 2002-2009, si les prévisions sont justes, le besoin de financement cumulé devrait atteindre en 2009 quelque 44 milliards d'euros, auxquels il faut ajouter les 35 milliards d'euros de dettes transférées à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) par la loi de 2004, soit un total de près de 80 milliards d'euros pour la législature. Ce rappel est utile à la veille des échéances du printemps 2007, et les parlementaires sauront relayer auprès de l'opinion publique le message contenu dans le rapport de la Cour.

La recommandation de supprimer le FSV et le FFIPSA peut se comprendre, car ces fonds servent surtout à masquer la situation comptable et l'absence de choix politique sur le sujet. La question du financement reste entière et, à défaut de la résoudre dès cette année, il faudra décider, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, à qui il incombe de payer ces dettes.

S'agissant de la T2A, la position de la Cour est plus raisonnable que celle que la majorité a exprimée au travers du rapport de la MECSS. Il y a un vrai dérapage de la problématique de la tarification à l'activité. Vu les difficultés techniques relevées par la Cour, pousser les feux serait prendre le risque d'un dérapage très coûteux pour les finances publiques, sans compter les raisons de fond qui s'opposent à la convergence tarifaire entre le public et le privé. Le travail que va engager la Cour sur l'hôpital public sera très utile et éclairant, non seulement sur la question des moyens, mais aussi sur celle des résultats, car les marges de progression sont importantes.

Il y a longtemps que la Cour pose la question de la légitimité de la gestion de l'assurance maladie obligatoire par les sections locales des organismes mutualistes et qu'elle souligne les bienfaits d'une recentralisation sur le régime général. Cette question est dépassée.

On peut certes rêver et imaginer que les sections locales se voient demander autant d'efforts de productivité que ceux demandés au régime général dans la liquidation des dossiers de soins. Un rapport de la MECSS sur ce sujet, n'a malheureusement pas assez insisté sur la nécessaire amélioration de la gestion informatique du régime général. Cependant, une partie des gains réalisés en termes de dépenses de personnel devra inévitablement être redéployée au plus près des populations couvertes, vers les fonctions d'accueil, de conseil et d'écoute des assurés.

M. Bernard Debré a posé les questions suivantes :

– La Cour a-t-elle évalué l'état d'avancement du dossier médical personnel (DMP), présenté il y a deux ans comme facteur d'économies substantielles et dont la mise en place se révèle plus compliquée que prévue ? Les économies seront-elles au rendez-vous ? Quel rôle a joué le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) ?

– La Cour s'est-elle penchée sur la question de savoir si l'institution du médecin traitant a bien eu pour effet de réduire le nomadisme médical, ainsi qu'on peut en avoir, intuitivement, l'impression ?

– S'agissant du prix des médicaments et des médicaments génériques, les laboratoires, les médecins généralistes et, surtout, les hôpitaux ont-ils joué le jeu ? Les laboratoires ont-ils aligné les prix de leurs médicaments sur ceux des génériques ? Ont-ils lancé des *me too*, produits identiques mais plus chers ?

– La Cour paraît dubitative quant au bien-fondé des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC), mais n'est-il pas légitime de permettre aux hôpitaux publics et particulièrement aux centres hospitaliers universitaires (CHU) de jouer le rôle qui leur est propre, en matière d'accueil des populations défavorisées, d'enseignement et de recherche ? *Quid*, par ailleurs, de l'application de la T2A en psychiatrie, qui paraît extrêmement difficile, voire impossible ?

– Enfin, la Cour s'est-elle penchée sur l'utilité de certains hôpitaux de proximité, dont les plateaux techniques sont obsolètes et les équipes insuffisamment nombreuses, offrant aux patients l'illusion dangereuse qu'ils peuvent avoir accès à n'importe quel type de soins en bas de chez eux ?

M. Jean Le Garrec a estimé que, sur les retraites, la Cour confirme le diagnostic et le rapport d'étape du Conseil d'orientation des retraites (COR). Même en retenant des hypothèses de croissance et d'emploi très optimistes, et en laissant de côté le fait que le Fonds de réserve des retraites (FRR) ne soit plus abondé, le déficit potentiel en 2020 reste considérable. Il s'agit, il faut insister, d'un diagnostic partagé, dont tous les professionnels et les représentants des partenaires sociaux sont parfaitement conscients, y compris s'agissant des régimes spéciaux. Aucun ne peut éluder ces problèmes et tous sont attentifs au constat et aux propositions de la Cour.

Un calendrier avait été défini, qu'il convient de respecter. Le gouvernement issu des élections de 2007, quel qu'il soit, devra ouvrir des négociations avant le 1^{er} janvier 2008 sur l'ensemble des problèmes. L'un d'entre eux est la décote, qui aggrave terriblement les inégalités, notamment pour les femmes et les salariés ayant des carrières discontinues. Lancer un brûlot sur les régimes spéciaux sans prendre en compte l'ensemble des données serait extrêmement dangereux et ne pas contribuer à la recherche de solutions.

M. Gérard Bapt s'est interrogé sur le décalage record de plus de cinq milliards d'euros qui existe, s'agissant des déficits 2005, entre les chiffres de la Commission des comptes de la sécurité sociale et ceux de l'ACOSS.

M. Gérard Bapt a relevé qu'il a lui-même constaté, en tant que rapporteur spécial et chargé d'une mission d'information sur l'application du Plan Cancer, l'emballement des dépenses liées aux médicaments rétrocedés, mais il s'agit davantage d'une question de maîtrise médicalisée que d'un problème budgétaire. Ces dépenses, bien que ne figurant pas aux budgets des établissements, sont incluses dans l'ONDAM hospitalier. Elles sont sans doute compensées par des économies à l'extérieur.

S'agissant enfin de la T2A, la majorité de l'Assemblée serait bien inspirée de tenir compte, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, de l'alarme lancée devant la MECSS et qu'elle réitère dans son rapport.

M. Paul-Henri Cugnenc a rappelé que le principe même de la T2A suppose la possibilité d'une convergence. Jusqu'à présent, tout le monde semblait d'accord là-dessus, mais il apparaît depuis peu que derrière cet affichage les positions sont en fait divergentes, voire antinomiques. Il y a, d'un côté, ceux qui veulent profiter de la dynamique enclenchée pour affiner les indicateurs et progresser le plus vite possible, et de l'autre ceux qui, dans leur for intérieur ou plus ouvertement comme M. Jean-Marie Le Guen, cherchent à freiner des quatre fers, sous prétexte que l'entreprise serait trop difficile. Lorsque la majorité s'est mobilisée pour voter, l'an dernier, un amendement affirmant que la convergence tarifaire serait réalisée à 50 % dès 2008, c'était non seulement en espérant que ce résultat sera atteint, mais c'était aussi pour afficher une volonté, créer une dynamique et demander quelques précisions. Sans doute, l'objectif de 2008 sera difficile à tenir pour des raisons de bon sens. Cependant, il faut veiller à ce que le rapport de la Cour des comptes ne donne pas le signal d'un recul en apportant de l'eau au moulin de ceux qui ne veulent pas de la convergence. Un retard d'un ou deux ans est admissible, non un report à 2050 !

M. Pierre Morange a félicité les membres de la Cour des comptes et son premier président pour l'excellence du rapport présenté, et les a remerciés, au nom de la MECSS dont il est, avec Mme Paulette Guinchard qui a succédé à M. Jean-Marie Le Guen, le coprésident, pour la fructueuse collaboration des magistrats de

la Cour aux travaux de cette instance. Grâce à cette coopération, les travaux de la MECSS, d'une grande qualité, ont trouvé une application concrète.

Sur les différents sujets abordés par la MECSS depuis sa création, plusieurs préconisations importantes ont pu être suivies d'effet. C'est ainsi que les progrès accomplis dans la télétransmission des feuilles de soins vont permettre, conformément aux recommandations du rapport de la MECSS sur les coûts de gestion des caisses, de ne remplacer qu'un départ à la retraite sur deux. S'agissant du financement des établissements médico-sociaux, bon nombre de suggestions concrètes visant à gérer le mieux possible l'argent public tout en réduisant le « reste à charge » des patients et de leurs familles ont été reprises par le gouvernement. Sur la T2A, enfin, la MECSS a fait, sans revenir sur l'agenda de convergence, un certain nombre de recommandations allant au-delà de la tarification proprement dite, portant par exemple sur la productivité des hôpitaux – des expériences de terrain, comme celle réalisée à l'hôpital Beaujon, ont montré qu'il était possible, en quelques mois, de réduire d'un tiers le temps d'attente, sans personnel supplémentaire. D'ailleurs, comment s'articuleront en la matière l'action de la Cour et celle des chambres régionales des comptes ?

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

– Le montant des exonérations non compensées sera communiqué à M. Jean-Luc Prével. Pour répondre à sa question sur les prévisions, les erreurs de prévision existent bien et prendre le risque de cacher délibérément des données est trop grand. À la question de savoir quand les déficits seront résorbés, il en est des plans de redressement financier comme des cures d'amaigrissement : le plus difficile n'est pas de perdre des kilos, mais de ne pas les reprendre en retombant, après deux ans de vertu, dans les errements passés, car les mêmes causes produisent les mêmes effets.

– Le principe des MIGAC n'est pas en cause, mais certaines modalités de son application ne semblaient pas conformes à l'esprit qui a présidé à leur définition. S'agissant de la convergence intersectorielle, la crainte de M. Paul-Henri Cugnenc est compréhensible, mais forcer l'allure serait la façon la plus sûre de tuer la T2A elle-même. La prudence doit aller de pair avec la détermination, afin de progresser vers un objectif qui fait l'unanimité.

– S'agissant du FSV et du FFIPSA, on peut attendre d'une évolution comptable qu'elle permette enfin de clarifier le sujet. Il est aujourd'hui possible, en effet, de dissimuler des déficits considérables en toute constitutionnalité. Cependant, l'an prochain, la Cour devra apprécier le bilan de l'Etat. Si les déficits de ces fonds ne sont pas provisionnés à due concurrence, cela signifiera peut-être que l'Etat s'en lave les mains ; si l'Etat déclare ne pas s'en laver les mains, il devra en tirer les conséquences et l'inscrire alors en provision.

– L'adossement ne signifie pas que le régime général prend en charge les cotisations des régimes spéciaux de la RATP, de la SNCF et des IEG. La vertu de cette technique est de permettre d'identifier, sans contestation possible, les dépenses spécifiques. Pour financer ces dépenses spécifiques, s'il s'agissait de faire payer non seulement le contribuable et l'utilisateur, mais aussi l'assuré du régime général, ce ne serait pas admissible sur le plan de l'équité.

– Que M. Jean-Marie Le Guen soit rassuré : la Cour a pris note de sa volonté de généraliser les gains de productivité. Il faut souhaiter cependant que l'existence des sections locales des organismes mutualistes ne handicape pas leur recherche.

M. Michel Cretin, président de la sixième chambre, a souligné que la Cour ne préconise en aucun cas la suppression de la compensation démographique au bénéfice du régime agricole. Le FFIPSA est alimenté par des ressources fiscales et par une subvention de l'Etat ; si ces fonds allaient directement à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA), cela ne changerait rien. Ce que la Cour souhaite, c'est que l'on simplifie et clarifie les circuits, au lieu de cantonner les déficits dans des petites boîtes où ils demeurent invisibles. Elle doit au demeurant adresser à la commission des affaires sociales du Sénat, au début de 2007, un rapport particulier sur le régime agricole.

Les statuts des personnels hospitaliers, notamment médicaux, sont trop nombreux. Il n'appartient pas à la Cour de dire comment les simplifier, mais la voie de la négociation s'impose à l'évidence. Il subsiste, étrangement, beaucoup d'inconnues en matière de rémunération et de temps de travail de ces personnels : le sujet est naturellement complexe, mais il arrive assez fréquemment que les tableaux de service ne soient pas remplis, ou que les consultations privées soient réglées de la main à la main sans passer par l'agent comptable de l'hôpital... Ces lacunes renvoient à la question du gouvernement de l'hôpital.

Le coût global des exonérations de cotisations sociales sur les bas salaires est de 20 milliards d'euros environ. La part non remboursée par l'Etat peut être calculée, et sera communiquée aux membres de la commission.

La part des prescriptions de génériques progresse, certes moins vite qu'il serait souhaitable, mais l'augmentation des dépenses de médicaments s'est ralentie en 2005, et semble même accuser une légère baisse sur les premiers mois de 2006. C'est un effort de longue haleine, auquel la CNAMTS contribue notamment en adressant aux praticiens ses propres visiteurs médicaux pour contrer l'influence de ceux dépêchés par les laboratoires, et en écrivant à ceux qui prescrivent nettement plus que la moyenne. Les résultats devraient être encore plus visibles en 2006.

Le principe même des MIGAC ne souffre aucune objection : tout ne peut être tarifé, en particulier les activités d'enseignement et de recherche. En revanche, d'autres activités, comme les urgences, pourraient légitimement l'être. De plus, la partie « AC », c'est-à-dire l'« aide à la contractualisation », apparaît

quelque peu obscure, et détournée de son objet : il s'agit en fait, dans une large mesure, de compenser l'application trop brutale de la T2A. L'enjeu n'est pas mince, car plus la part des MIGAC dans les budgets hospitaliers est importante, plus celle de la tarification est réduite.

Enfin, l'écart entre les chiffres de l'ACOSS et ceux de la Commission des comptes de la sécurité sociale correspond, *grosso modo*, à la différence entre la trésorerie et les comptes. Les dépenses effectuées au cours de l'année ont bien dépassé les recettes de 16 milliards d'euros, mais en fin d'année une partie de ce montant a été transféré à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), et ne figure donc plus dans le déficit comptable, qui est de 11,6 milliards. Les deux chiffres sont exacts l'un et l'autre, mais recouvrent deux notions différentes.

M. Michel Braunstein, rapporteur général, a indiqué que le dossier médical personnel est encore dans les limbes, et que l'institution du médecin traitant était encore trop récente pour que la Cour en évalue les effets. Elle se penchera bientôt, en revanche, sur la question des petits hôpitaux, car il n'y a pas de raison pour qu'elle se focalise sur les seuls grands établissements.

Le président Jean-Michel Dubernard a remercié les magistrats de la Cour des comptes.

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

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 2007 au cours de ses séances du mercredi 11 octobre 2006.

Le président Jean-Michel Dubernard, après avoir souhaité la bienvenue à 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, a souligné que l'on assiste, à quelques mois d'une échéance politique importante, à des mouvements qui ne s'expliquent pas toujours par des raisons objectives. Ainsi, la médecine de ville s'inquiète du niveau de la part de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui lui est attribuée, l'estimant extrêmement faible. Pour leur part, les hôpitaux et cliniques privés sont préoccupés par l'annonce, il y a un mois, de la baisse de leurs tarifs, et se demandent ce qu'ils vont devenir en janvier prochain, tandis que l'hôpital public, dont l'ONDAM croît de façon satisfaisante, n'en nourrit pas moins certaines craintes. Face à tout cela, il importe de disposer d'informations exactes. Tel est précisément le but de cette audition.

M. Charles de Courson a indiqué que la commission des finances est heureuse de cette réunion commune avec la commission des affaires culturelles sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Elle ne peut que manifester une certaine inquiétude devant l'évolution des chiffres. En effet, le rôle joué par le déficit des comptes sociaux et leur impact sur le déficit des comptes publics est particulièrement inquiétant. Il est important de pacifier aujourd'hui les relations financières entre l'État et la sécurité sociale. L'État ne peut pas financer à fonds perdus la protection sociale si la sécurité sociale ne maîtrise pas mieux ses comptes. Les dettes réciproques doivent donc être réglées afin que chacun soit responsabilisé. Ce travail d'inventaire concerne aussi la politique de l'emploi car si l'État compense intégralement les exonérations de charges, celles-ci ne sont peut-être pas toujours complètement utiles. Dans la lignée d'un récent rapport de la Cour des comptes remis à la commission des finances, il conviendra aussi de s'interroger sur cette question.

Dans le cadre des travaux de la conférence annuelle des finances publiques, le rapporteur général, M. Gilles Carrez, est chargé d'examiner les conséquences du vieillissement de la population sur l'ensemble des comptes publics. Il s'agit donc de réorienter l'argent public en tenant compte des besoins induits par le vieillissement de la population. Ici encore, ces données à long terme feront l'objet d'un débat. Enfin, si le taux de prélèvements obligatoires, en 2006, est de 44 % du PIB, 22,2 % du PIB est consacré aux dépenses relevant des administrations de sécurité sociale. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 permettra aussi de faire le point sur ces dépenses publiques.

À l'invitation du président M. Jean-Michel Dubernard, **M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, a proposé de s'en tenir à un bref propos introductif, soulignant que pour la première fois cette année, l'exposé détaillé des mesures contenues dans ce projet de loi de financement a été transmis aux présidents des commissions parlementaires compétentes en même temps qu'à la Commission des comptes de la sécurité sociale. Il devrait donc être possible de consacrer plus de temps à répondre aux questions des commissaires.

Même si le temps de l'autosatisfaction n'est pas venu, il ne faut pas non plus se livrer à l'autoflagellation : la sécurité sociale va mieux et la branche maladie va beaucoup mieux. Voilà qui devrait réjouir chacun et sur tous les bancs. Si certains avaient laissé filer les choses en retardant les réformes, celles qui ont été mises en œuvre à partir de 2003 et 2004 ont porté leurs fruits. Sans la réforme de l'assurance-maladie, le déficit aurait été de 16 milliards d'euros pour la seule année 2005, ce qui aurait signifié tout simplement la faillite de ce système. Pourtant, dans le débat sur cette réforme, on n'a guère entendu de propositions alternatives, si ce n'est celles, très alternatives, du parti communiste.

Ce qui est aujourd'hui présenté pour la fin 2007, c'est un budget en déficit de 3,9 milliards d'euros, c'est-à-dire divisé par quatre : jamais, depuis trente ans, on n'avait obtenu de tels résultats, de façon aussi durable. Sans doute certains diront-ils que cet objectif ne pourra être tenu, mais ce sont les mêmes qui disaient

que l'on ne parviendrait jamais à ramener le déficit à 8,3 milliards en 2005 – alors qu'il l'a été, dans les faits, à 8 milliards, soit 300 millions de moins. Les mêmes encore affirmaient qu'il était impossible de tenir l'objectif de 6,3 milliards à la fin 2006. Une fois encore, ils avaient raison et le gouvernement s'était trompé : le déficit sera de 6 milliards seulement ! Ceux qui mettent en doute la crédibilité des chiffres devraient donc faire preuve soit de mémoire soit de pudeur, et reconnaître qu'à chaque fois que le présent gouvernement a pris des engagements, ils ont été tenus.

Si chacun est libre de faire des remarques, il n'est pas possible de laisser dire ce qui ne correspond en aucune façon à la réalité. Les différentes réformes entreprises depuis trente ans n'ont pas été couronnées de succès, et l'on peut sur ce point renvoyer gauche et droite dos à dos. Pour la première fois, les résultats sont constants et durables, puisqu'ils sont observés depuis maintenant deux ans et demi. Ce succès s'explique peut-être par le fait que l'on n'a pas recherché le spectaculaire et le brutal, qui n'ont pas leur place en matière de sécurité sociale. Le travail accompli s'est appuyé sur les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM), où chacun est représenté, et qui ont montré le manque d'organisation et de gestion de la santé, véritables maux du système français.

Avec constance, car la politique est aujourd'hui avant tout un art d'exécution, le gouvernement a fait attention, comme l'ensemble des Français, assurés sociaux et professionnels de santé. C'est ce qui a permis d'obtenir des résultats et de diviser par quatre le déficit de la branche maladie en moins de trois ans. Désormais, le redressement des comptes n'est pas seulement souhaité : il est en cours !

N'en déplaise aux Cassandre, on constate aussi que l'ONDAM a été atteint année après année. On dit aujourd'hui – le président Jean-Michel Dubernard y a fait allusion – que l'ONDAM de ville est insuffisant et que la différence est trop marquée avec l'ONDAM hospitalier. Mais que ne l'a-t-on dit l'an dernier, quand l'ONDAM hospitalier était à 3,42 % et l'ONDAM de ville à 0,9 % ? Où est la révolution par rapport à l'année dernière ? Cela a-t-il empêché que ce dernier soit respecté ? Que, sur les premiers mois de l'année, l'hôpital parvienne à tenir le sien, ce qui n'était pas arrivé depuis sept ans ? Cela a-t-il empêché que les professionnels de santé bénéficient de mesures de revalorisation attendues ? Il faut savoir ce que l'on veut : ce n'est pas dans dix ans qu'il faudra se lamenter sur l'attractivité perdue des professions médicales. Il faut cesser, sur ce sujet comme sur les autres, d'avoir un discours variable, voire schizophrénique, selon que l'on se trouve dans certains lieux d'exercice du pouvoir ou sur le terrain.

Quoi qu'il en soit, l'objectif de progression de l'ONDAM que le gouvernement se fixe pour l'an prochain est de 2,5 %, ce qui représente un effort global d'économies de 2,8 milliards d'euros. Car si rien n'est fait, le déficit progresse chaque année de 2,5 milliards : voilà la réalité tendancielle, qui s'explique par le vieillissement de la population et par le progrès médical. On ne

passer naturellement d'un déficit de 8 milliards d'euros à un déficit de 6 milliards d'euros. Un certain nombre de mesures de recettes sont également prévues, dont le détail a été communiqué aux commissions.

Le choix a aussi été fait de demander avant tout aux Français de jouer le jeu du médecin traitant et de prendre des médicaments génériques. Ces priorités ont été respectées. Depuis 2004, les contrôles effectués par l'assurance maladie ont été doublés, ce qui permet de mieux vérifier, dans un système solidaire, que chaque euro est justement dépensé. Le gouvernement continuera dans cette voie : celles et ceux qui abusent du système ou qui fraudent doivent savoir que plus personne ne pourra échapper aux contrôles de l'assurance-maladie, ce qui permettra aussi d'éviter 100 millions d'euros de dépenses, sommes qui pourront être investies dans la modernisation du système de santé.

En 2007, le forfait hospitalier journalier passera de 15 à 16 euros, comme cela avait été annoncé dès 2004 dans le cadre de la réforme. Cette augmentation a vocation à être prise en charge par les organismes complémentaires, les représentants de l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire (UNOCAM) ayant indiqué hier que cela n'entraînerait au plus qu'une augmentation modérée des tarifs des complémentaires.

Parmi les professionnels de santé, beaucoup disaient que la maîtrise médicalisée ne fonctionnerait jamais. Or, sur les huit premiers mois de l'année, pour la seule médecine de ville, 475 millions d'euros d'économies ont été réalisés. L'objectif fixé sera donc atteint. Pour 2007, l'objectif est de 610 millions d'euros ; il n'y a pas de raison pour qu'il ne soit pas atteint, voire dépassé. La maîtrise médicalisée concerne aussi les hôpitaux, avec la mise en œuvre des accords de bonnes pratiques hospitalières. On sait également que nombre de prescriptions qui ont des conséquences sur la médecine de ville sont effectuées à l'hôpital. L'effort doit donc être partagé.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale fournira aussi l'occasion de mettre un terme au sentiment d'injustice ressenti par certains praticiens à diplôme extra-communautaire. Les règles proposées sont claires. Elles permettront d'adapter les procédures d'autorisation d'exercice.

S'agissant du médicament, le choix qui a été fait de faire confiance aux professionnels de santé et de fixer un objectif de 70 % de substitution sera atteint et sans doute dépassé. Les baisses de prix de certains médicaments sous brevet donneront leur plein rendement en 2007. Il faut continuer à payer le médicament à son plus juste prix. La taxe sur le chiffre d'affaires des médicaments remboursables sera ramenée à 1 %. Au total, on attend de ce seul secteur 1,8 milliard d'euros d'économies, dans le prolongement à la fois de la réforme et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Cela n'empêchera pas de permettre la prise en charge de médicaments qui ne disposent pas encore d'une autorisation de mise sur le marché en France, mais

dans un autre État membre. Éviter ainsi de recourir à la procédure complexe de l'autorisation temporaire d'utilisation peut être particulièrement utile pour certaines maladies rares.

Le développement des grands conditionnements sera poursuivi ainsi que l'effort pour réduire au maximum les prescriptions injustifiées, avec un objectif de 420 millions d'euros d'économies.

Renforcer le bon usage au sein des établissements pour personnes âgées dépendantes est également une priorité. Il paraît aussi souhaitable, après que la Haute autorité de santé (HAS) aura rendu ses conclusions à la fin de l'année, d'établir la liste limitée des produits qui n'entrent dans le traitement d'aucune affection de longue durée (ALD) et n'ont donc *a priori* pas vocation à être remboursés à 100 %.

Les moyens engagés cette année permettront également à la vie conventionnelle de se dérouler normalement : l'assurance-maladie et les professionnels de santé doivent non seulement pouvoir se parler, se comprendre, mais aussi s'entendre.

Quand on parle de revalorisation, il faut placer en tête des priorités la question des infirmiers. Un certain nombre de mesures ont récemment été prises par le Parlement, en particulier la création d'un ordre infirmier, mais cette dernière ne saurait résumer l'action des pouvoirs publics à l'égard de cette profession, ni apporter la reconnaissance légitime qu'attendent ces professionnels. Les choses sont engagées depuis longtemps, une enquête de représentativité est en cours, mais dès qu'elle sera achevée, le directeur général de l'assurance maladie devra faire en sorte que les négociations aboutissent, c'est ce qu'attendent ces professionnels.

En 2007, la tarification à l'activité passera à 50 %, et à 100 % en chirurgie ambulatoire. Des expérimentations seront également lancées dans le secteur des soins de suite et de réadaptation, comme le Parlement l'avait souhaité.

Les éventuels surplus de recettes fiscales transférées à la sécurité sociale en compensation du coût des allègements sociaux seront affectés à la branche maladie. Cela représente 350 millions d'euros. On est également parvenu à un meilleur ajustement des flux avec les établissements financiers, ce qui permettra de bien comptabiliser en 2007 l'intégralité des prélèvements sociaux dus au titre de l'exercice 2007.

Par ailleurs, l'amélioration des résultats des organismes de sécurité sociale, notamment en application des conventions d'objectifs et de gestion – le recours contre tiers, le recouvrement des prestations versées à tort, le contrôle et la lutte contre le travail dissimulé – apportera des recettes supplémentaires, estimées à 270 millions d'euros.

Il a été également possible de récupérer une part des droits sur le tabac qui ne sont toujours pas revenus à l'assurance-maladie. Sur la part qui reste

aujourd'hui versée à l'État, 160 millions d'euros seront destinés à prendre en compte les frais financiers que les branches du régime général supportent encore du fait des dettes de l'Etat.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a souligné que l'amélioration très nette des comptes avait permis une réduction de 20 % des déficits de la sécurité sociale en 2006 et permettrait à nouveau une réduction de 20 % en 2007, ce qui est la garantie de pouvoir maintenir un haut niveau de protection sociale.

L'an prochain, le déficit de la branche famille diminuera de près de 50 %. Cela tient surtout à l'évolution des recettes et permettra de continuer à financer des innovations aussi importantes que la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), dont le succès coûte 1,6 milliard d'euros à la branche famille. Il y aura ainsi 250 000 familles bénéficiaires de plus qu'avec les précédents dispositifs. L'an prochain, alors que le déficit de cette branche diminuera donc de façon importante, le nombre de places de crèche augmentera fortement. Alors qu'en 2000, on avait créé 264 places pour toute la France, on en a créé 8 500 en 2006, et on devrait en créer encore 6 000 en 2007.

Les résultats de l'assurance maladie sont d'autant plus remarquables que l'on réussira, en 2007 comme en 2006, à augmenter très fortement les crédits affectés aux maisons de retraite (+ 650 millions d'euros, après une augmentation de 587 millions en 2006 et de 437 millions en 2005) ainsi qu'aux maisons d'accueil et aux foyers médicalisés spécialisés pour les personnes handicapées (+ 376 millions). On le voit, la montée en régime se poursuit pour répondre à l'énorme besoin en médicalisation des maisons de retraite, afin de faire face au véritable tsunami du vieillissement, et pour améliorer l'offre en direction des personnes handicapées.

Entre 2002 et 2007, grâce à cet effort, mais grâce aussi à la journée de solidarité, on aura créé deux fois plus de places dans les établissements pour personnes handicapées qu'au cours de toute la législature précédente. Il faut le souligner : il y a non seulement baisse des déficits, mais aussi augmentation constante de l'effort en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Cela a d'ailleurs une traduction en termes d'emplois, les effectifs dans les établissements médico-sociaux étant appelés à s'accroître de 23 000 personnes, après les 20 000 recrutements déjà intervenus cette année. Au moment où l'on reconnaît l'effort des Français dans la réduction des déficits de l'assurance-maladie, il est important de leur montrer que cet effort permet aussi d'apporter des réponses nouvelles à des besoins très importants.

Ce projet de loi de financement traduit aussi les décisions qui ont été annoncées par le Premier ministre lors de la Conférence de la famille, qu'il s'agisse du prêt à taux zéro permettant à des jeunes de s'engager dans la vie professionnelle, ou du congé de soutien familial qui permettra, par exemple, à ceux qui s'occupent d'une personne de leur famille atteinte de la maladie

d'Alzheimer de s'arrêter de travailler pendant un an, en étant sûrs de retrouver leur emploi ensuite et sans interruption de leurs cotisations pour la retraite. Une autre mesure de simplification permettra de partager les allocations familiales en cas de garde alternée des enfants.

Pour sa part, la branche accidents du travail revient à l'équilibre, pour la première fois depuis 2001.

L'aggravation du déficit de l'assurance vieillesse, visible dès cette année, se poursuivra l'an prochain. Cela tient d'abord au *papy boom*, les générations nombreuses de l'après-guerre ayant commencé à atteindre l'âge de la retraite en 2005. Il y a eu en outre plus de 320 000 départs à la retraite anticipée, au bénéfice souvent d'ouvriers ayant commencé leur vie professionnelle à quatorze, quinze ou seize ans. Cette mesure de justice, constamment refusée de 1997 à 2002, a été enfin acquise grâce à la réforme des retraites. Près de 350 000 personnes auront ainsi pu partir avec une retraite à taux plein avant d'avoir atteint soixante ans, parce qu'elles ont cotisé et travaillé très longtemps.

Le déficit de l'assurance vieillesse se creuse aussi parce qu'un certain nombre de Français attendent avec anxiété le rendez-vous de 2008. Outre qu'il se présente plutôt dans de bonnes conditions, il faut rassurer ceux qui se disent qu'il vaut mieux partir maintenant avec une retraite qui n'est pas liquidée à taux plein que d'attendre 2008, date à laquelle ils ne savent pas ce qui va leur arriver. La réponse est apportée clairement par ce projet sous la forme de la garantie absolue que ceux qui ne partiront pas en 2007 alors qu'ils auraient été en droit de le faire ne subiront aucun effet des changements appelés à intervenir en 2008. Ils n'ont donc plus aucune raison d'anticiper leur départ.

Le déficit de l'assurance vieillesse ne peut à proprement parler être qualifié de structurel : il s'agit en fait d'un déficit intervenant de façon anticipée car, comme l'a souligné justement le Conseil d'orientation des retraites (COR), ce déficit évolue comme prévu. Le rendez-vous de 2008 se présente donc dans de meilleures conditions, parce que le chômage baisse rapidement – on en voit d'ailleurs les conséquences sur les recettes de la sécurité sociale qui augmenteront de plus de 4 % en 2007 comme en 2006. La politique de l'emploi est donc bien un élément d'une politique de sécurité sociale et la baisse du chômage laisse escompter un équilibre des régimes à l'horizon 2009.

Il faut aussi rappeler que la réforme des retraites est intervenue en 2003, avec des hypothèses de natalité datant de 2001. Or ces hypothèses ont évolué très favorablement, avec 807 000 naissances l'an dernier et plus de 800 000 les deux années précédentes. Peut-être le mérite n'en revient-il pas exclusivement à la politique familiale mais, si elle n'était pas aussi active, le redressement de la natalité ne serait pas aussi rapide. Du coup, l'INSEE a souligné au début de l'été que le rapport actifs-retraités pourrait atteindre 1,4 en 2050 au lieu de 1,1 comme prévu. Voilà qui doit encourager à mener une politique familiale ambitieuse : c'est une nécessité absolue, y compris pour les retraites.

Un débat a suivi l'exposé des ministres.

Le président Jean-Michel Dubernard a d'abord souhaité effectuer un parallèle avec la réforme financière de l'assurance maladie conduite de façon assez brutale en Allemagne. Si ses résultats immédiats ont été impressionnants, ils se sont ensuite rapidement dégradés. En France, la réforme a été plus souple et plus douce, les résultats sont venus plus lentement, mais ils persistent. Sans doute serait-il intéressant que les deux pays mènent à ce propos une réflexion commune, notamment dans le cadre des relations qu'entretiennent les deux commissions du Bundestag allemand et de l'Assemblée nationale chargées de la santé.

Par ailleurs, le Président de la République ayant lancé au début de l'année le débat sur l'élargissement de l'assiette de la cotisation employeur, il serait intéressant de savoir quelle suite y a été donnée.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale propose d'étendre l'aide à la souscription d'une complémentaire santé. Combien de personnes cela concerne-t-il ? Quel sera le coût d'une telle mesure ? Les remarques de la Cour des Comptes sur la lisibilité des dispositifs ont-elles été prises en compte ?

S'agissant de la maîtrise médicalisée à l'hôpital, le ministre a fait allusion aux instruments mis en place par la loi d'août 2004. Il serait bon de savoir quels en sont aujourd'hui les résultats.

Enfin, la population vieillit et la médecine progresse et cela a bien sûr un coût, mais l'art de l'exécution auquel le ministre fait souvent allusion ne devrait-il pas aussi amener à s'intéresser davantage à la gestion des structures administratives, notamment à l'hôpital, car c'est souvent là que se posent les vrais problèmes ?

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des finances, de l'économie générale et du plan, a souligné que personne ne doute qu'il y a eu des progrès importants dans la maîtrise des dépenses sociales et dans l'organisation de certains services, comme dans les conditions de départ à la retraite de ceux qui ont commencé à travailler tôt. Mais il ne faut pas tomber pour autant dans la béatitude : la France a devant elle, comme tous les pays européens, des objectifs difficiles à atteindre. Les problèmes sont lourds, qu'il s'agisse des moyens du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) ou des dépenses de la médecine de ville.

Comment lutter efficacement contre les fraudes ?

On a parlé ces dernières années de « casse sociale », mais aucun autre pays d'Europe n'a vu ses dépenses sociales progresser aussi vite que la France. Maintenant, il faut les maîtriser. On sait aussi que l'on a atteint dans un certain nombre de domaines les limites de l'assistance. Il convient donc de s'interroger sur les moyens d'aller vers une certaine maîtrise, en particulier afin de lutter plus efficacement contre les fraudes aux prestations.

Enfin, les expériences de gestion décentralisée des complémentaires dans les départements ont fait la preuve de leur efficacité et de leur caractère social. Ne faudrait-il pas revenir à cette organisation en aidant les départements à monter des projets plus proches des citoyens ?

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué qu'il approuvait les propos exprimés par M. Charles de Courson sur la nécessaire pacification des relations entre les comptes de l'État et ceux de la sécurité sociale. Il faut procéder à la nécessaire compensation des pertes de recettes de cette dernière et régulariser la créance d'au moins cinq milliards d'euros qu'elle détient sur l'État.

Dans ce contexte, aggravé par la remontée des exonérations non compensées en 2006 et en 2007, il serait intéressant de savoir quelles seront les compensations aux pertes de recettes enregistrées par la sécurité sociale en 2006 et en 2007 à la suite de la suppression de l'avoir fiscal. De plus, quelles seront les conséquences sur les finances de la sécurité sociale de l'adoption du projet de loi sur la participation et l'actionnariat salarié, projet sur lequel le président Jean-Michel Dubernard, rapporteur du texte, a plus utilisé son hémisphère « Etat » que son hémisphère « sécurité sociale » ! Enfin, comment l'État entend accélérer le remboursement de ses dettes vis-à-vis de la sécurité sociale, dettes dont la résorption, au rythme actuel, ne sera pas achevée avant vingt ans ?

Par ailleurs, le ministre délégué ayant indiqué que le déficit prévisionnel 2006 de la branche vieillesse est passé de 1,4 à 2,4 milliards d'euros, il serait intéressant qu'il précise comment on en est arrivé là et quelles sont les perspectives d'évolution.

Si la situation du Fonds de solidarité vieillesse s'est améliorée grâce à la conjoncture, tel n'est pas le cas pour le Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA). La caisse centrale de la MSA sera-t-elle contrainte en 2007 de provisionner, au moins partiellement, les créances qu'elle détient sur le FFIPSA ?

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que le produit des cessions immobilières des hôpitaux peut être reversé à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM). Est-il de bonne gestion que les ressources exceptionnelles financent des dépenses courantes ?

Enfin, le projet de TVA sociale évoqué par le président de la République a été abandonné mais un projet similaire est appliqué en Allemagne. Quelle est l'opinion du gouvernement à ce propos ?

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie, a posé les questions suivantes :

– Comment serait-il possible de faire mieux connaître l'aide à l'acquisition d'une mutuelle complémentaire ?

– Quels seront les caractéristiques et le coût de la consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ?

– Quelles sont les grandes lignes des dispositions prévues pour les médecins à diplôme étranger qui travaillent dans les hôpitaux français ?

– Comment fonctionnera la convention dans une situation économique et politique particulière, en raison de la proximité des élections et compte tenu de l'apparition dans le syndicalisme médical d'un rassemblement un peu hétéroclite d'opposants à ladite convention ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a tout d'abord souhaité interroger les ministres sur l'équilibre du régime général. Comme prévu, le déficit de la CNAVTS se creuse en raison de l'accroissement imprévu de ses charges, dû pour 10 % aux retraites anticipées pour longue carrière, qui sont plus nombreuses que prévues, et pour 90 % à une modification du comportement des assurés du régime général, qui demandent plus rapidement qu'auparavant l'ouverture de leurs droits à la retraite et qui n'utilisent pas les avantages de la surcote et du cumul emploi-retraite. Or, un mois d'avancement de l'âge moyen de départ en retraite entraîne 350 millions d'euros de dépenses supplémentaires pour le régime général.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale veut agir directement sur ces facteurs de dérive. Tout doit être fait pour inciter les Français à prolonger leur activité professionnelle au-delà de soixante ans. Le gouvernement propose de relever le plafond de cumul des revenus d'activité et de pension de retraite à 1,6 fois le SMIC, pour mettre un terme aux accords professionnels de mise à la retraite d'office de soixante à soixante-cinq ans, pour promouvoir le tutorat, pour prévenir les anticipations de liquidation de pension en prévision d'un changement des paramètres de calcul des pensions, pour rendre plus attractifs les avantages de la surcote et enfin pour renforcer la retraite progressive. C'est un enjeu majeur et il serait donc souhaitable que les ministres fassent le point sur les mesures réglementaires qu'ils s'appêtent à prendre. Comment, en particulier, faire mieux connaître aux Français les dispositions en faveur de la prolongation de l'activité professionnelle ?

La deuxième question porte sur le financement des retraites pendant la transition démographique difficile de 2020 à 2050. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sera de nouveau à l'équilibre fin 2009. Comment le gouvernement compte-t-il résorber la dette accumulée de plus de six milliards d'euros, sachant que la loi prévoit que les excédents du FSV sont affectés au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) ? L'assainissement du FSV est un enjeu capital, les études du Conseil d'orientation des retraites (COR) le montrent. Il convient donc de rechercher comment lui assurer les financements pérennes nécessaires.

On peut aussi s'interroger sur les dispositions qui sont absentes de ce projet de loi, et en premier lieu sur le dossier des retraites des agents de la Poste et de la Banque postale. La réforme annoncée ne figure pas dans le texte et l'on dit qu'elle pourrait intervenir à l'occasion du projet de loi de finances rectificative. Qu'en est-il exactement ? Par ailleurs, l'échéance du 1^{er} janvier 2007 pour le règlement de la question des retraites des postiers est-elle impérative au regard du droit européen ?

Où en est, par ailleurs, le ministère dans la révision des paramètres financiers des cinq régimes d'avantages sociaux de vieillesse (ASV) ?

Il serait enfin opportun que l'on fasse le point sur la situation des veuves et des veufs, notamment sur celle des 42 000 jeunes veuves qui bénéficient d'un très faible soutien de l'assurance vieillesse et en faveur desquelles un certain nombre de mesures sont proposées dans le rapport.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a tout d'abord rappelé, s'agissant des crèches, que le gouvernement actuel n'avait guère fait que poursuivre ce qui avait été mis en place en son temps par Mme Ségolène Royal lorsqu'elle était ministre déléguée à la famille. Le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, qui a rappelé le chiffre de 264 créations pour toute la France en 2000, se garde bien d'indiquer le nombre des créations en 2001, 2002 et 2003. L'effort a été poursuivi, il faut le reconnaître, mais c'est bien Mme Ségolène Royal qui l'a initié. **La rapporteure pour la famille** s'est par ailleurs étonnée que les ministres présents soient les premiers à ne pas l'avoir reçue sous cette législature.

En 2005, les dépenses d'action sociale de la branche famille ont progressé de 15,2 % au lieu des 7,2 % prévus. Pourtant, la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) avait initialement demandé que l'on prévoit une augmentation d'au moins 12 %, augmentation que le ministre lui avait refusée. La dérive des dépenses l'a conduite à prendre, en cours d'année 2006, plusieurs décisions destinées à maîtriser l'évolution des dépenses destinées à financer les équipements d'accueil pour la petite enfance et les centres de loisirs. Dorénavant, chaque caisse d'allocations familiales (CAF) disposera d'une enveloppe pluriannuelle limitative pour financer ces équipements et des critères ont été définis afin d'attribuer en priorité les nouveaux contrats « enfance et jeunesse » aux communes les moins dotées en structures d'accueil et au potentiel fiscal le plus faible. Mais ces critères ne prennent presque pas en compte la typologie sociale et la précarité de certains quartiers. Dans ces conditions, on peut se demander si ces mesures seront suffisantes pour parvenir à une évolution régulée des dépenses d'action sociale et si elles tiendront suffisamment compte des familles les plus en difficulté.

En outre, la Cour des comptes laisse entendre que ces nouveaux critères d'attribution des financements seront longs à porter leurs fruits et que la dérive des dépenses d'action sociale risque de remettre en cause l'équilibre du budget

pluriannuel arrêté par la convention d'objectifs et de gestion (COG) pour la période 2005-2008. Faut-il donc s'attendre à un avenant à la COG ?

De nombreux maires s'interrogent aussi sur les conséquences de ces restrictions pour les collectivités locales qui s'étaient engagées dans des équipements collectifs et des animations dans les quartiers en comptant sur le cofinancement de la branche famille.

S'agissant de la PAJE, la CNAF estime qu'en 2009, à la fin de sa montée en charge, cette prestation représentera un surcoût annuel de 1,6 milliard d'euros alors que l'estimation du gouvernement lors du vote du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 était de 850 millions. Comment s'explique ce défaut des méthodes de prévision ? Est-ce pour cette raison que l'on modifie cette année encore les règles d'attribution de la PAJE en reportant à un mois après la naissance le versement de l'allocation de base ? C'est pourtant bien au moment même de la naissance que l'on a besoin d'acheter une poussette et des couches ! Il s'agit en outre de la deuxième mesure de restriction de la PAJE ; l'an dernier, on avait privé de son bénéfice les enfants nés avant le 1^{er} janvier 2004.

En ce qui concerne le prêt à taux zéro pour l'installation des jeunes dans la vie active, les ministres pourraient sans doute préciser les rôles respectifs du Fonds de cohésion sociale et de la CNAF ainsi que l'impact financier de cette mesure pour la branche famille.

Par ailleurs, le projet de loi de financement devrait modifier les conditions d'attribution de l'allocation de parent isolé (API) en en subordonnant le bénéfice à la condition, pour l'allocataire, de faire valoir ses droits à l'ensemble des prestations sociales auxquelles il peut prétendre et aux créances d'aliment qu'il peut détenir. Le montant de l'API sera réduit mais en contrepartie l'intéressé pourra prétendre à l'allocation de soutien familial (ASF), prestation financée par la branche famille et non remboursée par l'État. Cette réforme devrait donc se traduire par un transfert de charge de 115 millions d'euros au détriment de la branche famille.

Les CAF seront-elles en mesure d'aider les bénéficiaires au recouvrement de leurs pensions alimentaires ? A-t-on une idée des frais de gestion que cela occasionnera pour les caisses ?

Enfin, l'article 63 du projet vise à étendre le bénéfice de la prestation dite de complément de libre choix du mode de garde de la PAJE aux familles qui ont recours à des modes de garde expérimentaux. Est-il possible d'en savoir plus à ce propos ? Comment la qualité de l'accueil pourra-t-elle être préservée si les normes d'encadrement et de qualification du personnel sont considérablement allégées ?

M. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, a observé que chacun pouvait aujourd'hui constater que la maîtrise médicalisée fonctionne et qu'elle représente des économies pour le futur. Mais l'on voit aussi approcher le moment où la question du financement se posera pour l'assurance-

maladie comme pour l'assurance vieillesse. Le retour de la croissance a certes permis de se rapprocher d'un équilibre, mais une bonne gestion voudrait plutôt que l'on profitât des excédents pour se préparer à affronter des périodes plus délicates. On peut donc se demander où en est la réflexion du ministère quant au financement de la protection sociale. Ce sera à l'évidence le débat central des prochaines années, compte tenu du vieillissement de la population, mais aussi du fait que la maîtrise médicalisée finira bien par atteindre ses limites, que l'on voit déjà se profiler pour les indemnités journalières.

S'agissant de l'ONDAM, les professionnels concernés se plaignent de la différence de traitement entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Dans le budget de l'État, les dépenses consacrées aux personnels d'Etat augmentent de 1,8 % ; or l'ONDAM hospitalier augmente de 3,5 % alors que les dépenses de personnel représentent 70 % du total de ces dépenses. Comment expliquer ce décalage ?

Que faut-il par ailleurs répondre à ceux qui, comme le président des Entreprises du médicament, considèrent que la politique du médicament met en danger l'ensemble du système de santé et fragilise l'attractivité du territoire ? Ne conviendrait-il pas de leur répondre que le bon usage du médicament est d'abord un atout pour la santé des Français ?

En ce qui concerne la politique familiale, la multiplication des structures d'accueil aura un impact sur leur financement, et il faudra donc un vrai dialogue sur ce point entre la branche famille et les collectivités locales, qui se plaignent d'un renchérissement des conditions d'accueil en raison du renforcement des contraintes. Ne faudrait-il en particulier revoir le décret pris par Mme Ségolène Royal en 2000, qui a considérablement accru le coût de l'accueil dans le secteur de la petite enfance, à tel point qu'on peut se demander si les enfants gardés chez eux par leurs parents bénéficient de conditions de sécurité suffisantes !

En réponse aux différents intervenants, **M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, a souligné que, si l'on a beaucoup parlé, au début de 2004 et pendant les dix-huit mois qui ont suivi, du succès de la réforme allemande, force est de constater que l'Allemagne, après un retour à l'équilibre, a été rapidement confrontée à un déficit de 7,5 milliards d'euros, au moment même où la France revenait à l'équilibre. Une nouvelle étape de cette réforme est aujourd'hui engagée, qui passe en grande partie par une augmentation des cotisations. Des échanges menés avec la ministre allemande de la santé, Mme Ulla Schmidt, il ressort que la réforme conduite en France a été sans doute moins spectaculaire, mais qu'elle était davantage de nature à alléger les problèmes de base du système d'assurance-maladie, sans recourir de façon massive aux prélèvements.

Puisque, sortant du cadre strict de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, deux rapporteurs ont abordé la question du financement futur de l'assurance maladie, force est de constater que la seule solution préconisée par le

parti socialiste dans son projet, texte sans doute adopté nuitamment et qui ne traite guère de la santé, est d'augmenter la contribution sociale généralisée (CSG). Ce ne serait qu'un sparadrap sur une jambe de bois mais, heureusement, la sagesse populaire veut que ce qui est dit la nuit voie rarement le jour...

De plus, il faut aussi résister à la tentation de certains de résoudre les problèmes de financement en transférant ce qui incombe à l'assurance maladie vers les complémentaires ou vers les patients. Car le véritable enjeu, c'est bien la définition de la part de la richesse nationale que l'on veut voir consacrée au financement de la santé. Quelle sera la part assumée par les Français ?

L'autre voie, que le gouvernement s'efforce de suivre depuis 2004, consiste à tenir le cap des réformes et de la maîtrise médicalisée. Il est vrai qu'au bout d'un certain temps cette dernière pourra donner moins de résultats, mais l'objectif doit être de s'attaquer en profondeur à ces 6 à 8 milliards d'euros de dépenses qu'année après année l'assurance maladie et la Cour des comptes qualifient d'inutiles, et qui représentent plus que le déficit actuel. Cela permettra aussi d'investir dans le système de santé car les dépenses de santé ne doivent pas être considérées comme une charge mais plutôt comme une chance. De ce dernier point de vue, ce qui a été dit pour les professionnels de santé vaut aussi pour les médicaments innovants : en France, les patients les plus malades, ceux qui sont atteints d'un cancer, se verront à l'hôpital proposer les médicaments les plus chers. Ces médicaments sont comptabilisés hors tarification à l'activité (T2A) et aucun établissement ne sera confronté à des problèmes de financement pour les donner. On peut être légitimement fier qu'un tel service puisse être rendu en France.

Mais il est vrai aussi qu'on ne pourra pas éluder, sans doute à l'occasion de la prochaine élection présidentielle, la question du financement de la protection sociale. Il faudra clarifier la répartition des recettes entre l'État et l'assurance-maladie. Il faudra aussi examiner l'ensemble de ce sujet très complexe, comme l'ont montré les travaux des experts saisis de la proposition du Président de la République. On ne saurait régler ces questions à l'occasion d'un seul projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il est en tous les cas opportun de continuer à travailler sur la piste de la TVA sociale. À la condition que des charges sociales incombant aujourd'hui aux salariés disparaissent, c'est l'une des voies permettant de préserver la sécurité sociale à la française. On voit mal comment le recours à la CSG permettrait de financer et la dépendance et les retraites. Qui plus est, la CSG est le premier ennemi du pouvoir d'achat. Les Français attendent plus d'imagination.

À la suite de la réflexion du président de la République, la décision a été prise dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale de faire passer de 2 à 2,9 millions le nombre des bénéficiaires de l'aide complémentaire. Pour l'instant, la montée en charge de ce dispositif n'est pas assez rapide. Ce n'est pas faute d'avoir mobilisé l'assurance-maladie et les différents organismes complémentaires, mais moins de 500 000 personnes ont aujourd'hui retiré cette

attestation. Ce n'est pas parce qu'elles refusent de bénéficier de l'aide à la complémentaire. Simplement, les Français concernés ne sont pas suffisamment informés, notamment par les caisses et par les organismes complémentaires dont ils relèvent, du fait qu'ils ont droit à une aide non seulement pour prendre une complémentaire quand ils n'en ont pas, mais aussi quand ils en ont déjà une et qu'ils entrent désormais dans le champ du dispositif. Il est donc nécessaire de passer à la vitesse supérieure en matière d'information.

S'agissant des fraudes, sujet évoqué par le président Pierre Méhaignerie, un comité national de lutte contre les fraudes va bientôt être installé. Il réunira l'ensemble des acteurs de la protection sociale et des organismes de sécurité sociale afin de parvenir à une vraie coordination. Les outils juridiques modifiés paraissent aujourd'hui suffisants. Ainsi, il est désormais possible de suspendre les indemnités d'une personne qui refuserait de fournir des justificatifs, en particulier s'il s'agit d'un étranger bénéficiant de la CMU. Les Français sont profondément attachés au principe de la CMU, mais ils veulent être sûrs que ce sont bien les personnes dont les revenus sont inférieurs à 603 euros par mois qui en bénéficient ; il faut donc être capable de vérifier la réalité des ressources annoncées. Des mesures ont déjà été prises à cette fin, notamment afin de vérifier si la personne ne perçoit pas de revenus à l'étranger. Le gouvernement continuera d'agir dans ce sens.

La semaine dernière, l'assurance maladie a révélé un trafic de médicaments à destination de l'étranger, trafic en cours de démantèlement. Mais il faut savoir que les contrôles de la sécurité sociale ne visent pas uniquement les gros cas de fraude organisée. Toutes les fraudes sont visées. Il serait souhaitable d'associer les assurances complémentaires de santé, qui en sont aussi victimes, à cette action de lutte contre la fraude. Il paraît aussi nécessaire de recueillir le maximum d'informations sur les différents types d'abus et de fraude. Le nombre des contrôles a doublé depuis 2004, cela paraît indispensable car un système solidaire ne saurait s'accommoder de telles pratiques.

S'agissant de la question de M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, sur les médecins à diplôme extra-communautaire, une disposition législative est indispensable pour instituer un examen dérogatoire. Il paraît nécessaire de valider le niveau de connaissances médicales et linguistiques, sans passer par un examen de type scolaire, selon des modalités qui ont été déterminées avec l'ensemble des acteurs concernés. Contrairement à ce qui a été dit, on n'observe pas de différence de salaire de un à trois en fonction de la nationalité des professionnels de santé. En fait, une confusion s'opère avec le statut : celui d'un associé n'est pas celui d'un praticien hospitalier, et la différence de rémunération des astreintes s'explique par le fait que les médecins à diplôme extra-communautaire exercent sous la responsabilité d'un autre praticien. Quoi qu'il en soit, ces professionnels sont aujourd'hui dans une impasse ; ils ne peuvent poursuivre leur carrière ni en ville ni à l'hôpital. L'autorisation d'exercer leur donnera enfin la plénitude d'exercice là où ils le veulent. Le gouvernement a consacré beaucoup de temps à ce dossier, mais il

n'était pas possible d'aller plus vite faute de ce véhicule législatif. Cette mesure aura aussi un impact budgétaire sur la rémunération des astreintes.

L'an dernier, avec un ONDAM à 0,9 %, la vie conventionnelle a trouvé toute sa place. Les marges de manœuvre paraissent aujourd'hui au moins équivalentes, sans compter que la maîtrise médicalisée sera sans doute plus fructueuse qu'on ne le dit. Il appartient aux négociateurs conventionnels de trouver des voies complémentaires, sans traiter uniquement le cas des médecins. En ce qui concerne ces derniers, il n'est pas certain que l'on puisse parler de « rassemblement » contre la convention car les résultats des dernières élections aux unions régionales des médecins libéraux ne ressemblent guère à un plébiscite contre la convention médicale. Il est vrai, cependant, que les professionnels ont exprimé des mécontentements. Ils veulent en particulier consacrer moins de temps aux tâches administratives et davantage à la médecine, ce qui n'a rien à voir avec la convention. Même si la réforme n'y a rien changé, ils se plaignent par exemple de la lourdeur des formulaires relatifs aux affections de longue durée (ALD). Il paraît tout à fait possible, sans que cela ne représente un quelconque engagement financier, de leur redonner du temps médical, ce qui permettra aussi de s'engager davantage sur la voie de la prévention.

Il n'apparaît pas que les mesures prises en 2006 aient cassé le dynamisme du secteur du médicament. L'attractivité de la France reste entière pour l'industrie nationale comme internationale. Le gouvernement a cherché à faire comprendre que la France voulait être en mesure de payer pour les vraies innovations médicales. Dans la lettre d'orientation au Comité économique des produits de santé, le ministre est parti du principe que s'il était normal de prendre en charge l'Erceptine à 1 500 euros par mois, il n'y avait aucune raison de payer plus cher ce qui n'est pas une vraie innovation. Il faut aussi se demander, quand des médicaments sont sur le marché depuis fort longtemps, s'il est possible de baisser leurs tarifs. C'est ce que le gouvernement a fait l'an dernier, et il continuera. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 est toutefois différent du précédent pour l'industrie du médicament, car il permet notamment de réduire le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires. La politique de promotion du générique, dont on disait qu'elle ne réussirait jamais, est aujourd'hui une véritable réussite. Les Français ont désormais compris qu'il est tout aussi bon pour leur santé et meilleur pour celle de la sécurité sociale. Quand le générique est disponible, on y a recours à 70 %. Pour autant, ainsi que le PDG d'un groupe pharmaceutique mondial l'a confirmé hier, l'attractivité de la France demeure réelle.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a jugé important de revenir sur la question du financement qu'ont abordée plusieurs intervenants. On a pu lire dans la presse que plus de la moitié des prélèvements obligatoires étaient maintenant destinés à la sécurité sociale. Mais cela ne signifie pas que ces prélèvements augmentent : cela veut simplement dire que les ressources sont affectées différemment. En effet, la compensation des exonérations de cotisations sociales, pour un montant de 20 milliards d'euros, se fait désormais par affectation

directe de neuf recettes fiscales à la sécurité sociale. En raison de ce changement, des prélèvements qui existaient déjà, mais qui entraient directement dans les caisses de l'État, apparaissent maintenant comme des prélèvements obligatoires au titre de la sécurité sociale. Mais le petit jeu consistant à balayer le salon en direction de la salle à manger n'est pas de mise pour le gouvernement, qui cultive, au sein de la conférence nationale des finances publiques, une vision d'ensemble des finances publiques et sociales.

Pour l'avenir, il va bien falloir, au cours des cinq années à venir, affecter les recettes les plus dynamiques là où les besoins le seront le plus, donc pour couvrir les dépenses liées au vieillissement de la population et qui concerneront les retraites, les maisons de retraite médicalisées, les services à domicile et la santé. C'est en mettant l'ensemble des recettes face à l'ensemble des priorités de la dépense publique que l'on pourra faire les bons choix. Tout cela fera sans doute l'objet du grand débat de l'an prochain.

Outre que ses déficits sont réduits de 20 % chaque année depuis deux ans, la sécurité sociale continue de contribuer aux politiques nationales, permettant ainsi au budget de l'État de tenir l'an prochain l'objectif de diminution de 1 % des dépenses en volume. La sécurité sociale contribue très largement à la politique de santé publique, à la politique du logement, à la politique des minima sociaux, mais aussi à la politique de l'emploi puisque, à ce jour, 2,6 milliards d'euros d'exonérations traditionnelles de cotisations sociales n'ont jamais été compensés. Certes, elle attend de cette contribution un retour par l'augmentation de la masse salariale, mais on voit bien qu'il y a entre elle et l'État des flux très importants, nettement au bénéfice du second.

Il existe un problème de désendettement de l'État à l'égard d'un certain nombre de fonds comme le FFIPSA – pour 5 milliards d'euros – et le Fonds de solidarité vieillesse – pour 4 milliards –, mais aussi à l'égard de la sécurité sociale elle-même – pour 5 milliards. Au titre de la politique de désendettement de l'État, il faudra donc donner la priorité à la sécurité sociale dans les cinq années à venir.

Le problème du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est toutefois en train de se régler grâce à l'amélioration de la situation de l'emploi. Ainsi, alors que le déficit était de 2 milliards d'euros en 2005, il sera de 1,2 milliard cette année et de 660 millions seulement en 2007. S'agissant du FFIPSA, la cause est entendue : cette institution a été créée dans le cadre de l'application de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Depuis les années 1960, la solidarité nationale joue dans la mesure où 40 % des dépenses de prestations sociales agricoles sont assumées par l'État. Aujourd'hui, la situation de ce fonds ne pèse en rien sur les comptes de la sécurité sociale, puisque la créance de 5 milliards d'euros est due par l'État. De plus, les droits des agriculteurs continuent à être assurés dans de bonnes conditions.

Après les réformes de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse, qui assurent la maîtrise de l'évolution des dépenses, il faudra réfléchir demain à une

évolution du financement de la sécurité sociale, en restant fidèle aux pères fondateurs qui ont voulu que celle-ci soit sanctuarisée et offre des droits permanents à partir de recettes permanentes.

Après lui avoir indiqué qu'il était à son entière disposition pour la recevoir, **le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille** a répondu à Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la branche famille, que l'État s'était engagé l'an dernier à augmenter de 7,5 % par an pendant quatre ans les crédits des caisses d'allocations familiales, notamment en faveur des crèches. Cette garantie, sans équivalent dans les autres budgets, est le gage d'un effort extrêmement important, la signature des partenaires sociaux gestionnaires de la CNAF, qui ont aussi intérêt à ce que les crédits de l'action sociale soient bien utilisés, s'étant ajoutée à celle du ministre. Cette année, le gouvernement a travaillé avec eux pour faire en sorte que, lorsqu'on augmente les crédits de 20 %, le nombre de places de crèche augmente à due proportion, contrairement à ce qui s'est produit il y a quelques années quand, suite à une augmentation des crédits de 20 %, le nombre de places n'avait progressé que de 2 %. Pour sa part, le ministre délégué veut que l'argent investi dans les crèches serve réellement à en ouvrir de nouvelles. Il est vrai que le gouvernement a mis en place des méthodes de bonne gestion qui n'existaient pas auparavant. Le financement des crèches pourra à l'avenir être assuré à un niveau très élevé de 78 % du total. Le décret de 2000 auquel M. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, a fait allusion est en cours de réexamen par le Conseil d'État, afin d'assouplir un peu les règles pour réduire les coûts, tout en respectant bien sûr l'impératif de qualité. Cela permettra aux élus d'ouvrir davantage de place de crèches.

S'agissant des modes de garde expérimentaux, quand trois assistantes maternelles choisissent de travailler ensemble dans un local qui peut éventuellement être mis à leur disposition par la commune, pourquoi ne pas les laisser mener cette expérience avec les mêmes garanties que celles que les assistantes maternelles offrent partout où elles exercent leur beau métier récemment conforté par un nouveau statut ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour la branche vieillesse, a eu raison de rappeler que les départs en retraite un mois à l'avance pouvaient entraîner un surcoût de 350 millions d'euros, mais ce calcul ne vaut que pour l'année en cours, car ceux qui partent sans avoir des droits à taux plein coûtent moins cher dans la durée. C'est bien pour cela que l'on peut dire que le déficit intervient plus vite mais qu'il n'y a pas davantage de déficit au total, et que cela ne bouleverse pas à terme les conditions du retour à l'équilibre de l'assurance vieillesse.

S'agissant de la Poste, il faut rappeler la règle votée par le Parlement l'an dernier : pas d'adossement des régimes spéciaux sans une stricte neutralité financière. La garantie en est apportée par une négociation entre l'État et la Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), dont la signature est nécessaire. Il faut donc passer par une négociation préalable, dans

laquelle l'État devra fournir tous les éléments techniques financiers. C'est pourquoi le gouvernement n'a pas souhaité précipiter le mouvement dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door a souligné que les professionnels de santé s'inquiètent à juste titre de la très faible progression de 0,8 % de l'ONDAM de ville. Il serait donc utile que l'examen du texte permette de fixer un taux plus juste ; ce juste taux se situerait entre 0,8 et 1,5 %, d'autant qu'il va falloir s'engager dans des alternatives à l'hospitalisation avec des transferts de soins de l'hôpital vers les soins de ville, la construction de réseaux, le renforcement de la permanence des soins et la lutte contre la désertification médicale.

Il apparaît par ailleurs que le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) sera alimenté cette année à hauteur de 180 millions d'euros. Il serait utile d'obtenir des précisions sur son action en direction des maisons médicales, des réseaux, des soins de ville et du dossier médical personnel (DMP).

Enfin, à l'occasion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, un amendement avait été adopté afin d'inciter à la réflexion sur le financement de la protection sociale. Aujourd'hui, il est temps d'engager vraiment les discussions.

M. Jean-Marie Le Guen a jugé inutile de répondre aux ministres sur le ton polémique qu'ils ont eux-mêmes adopté en se livrant à leur exercice rituel d'autosatisfaction, tandis que le déficit des organismes de sécurité sociale dépasse, pour la cinquième année consécutive, 10 milliards d'euros. Car telle est bien la réalité des déficits dans la mesure où le FSV et le FFIPSA doivent aussi être pris en compte, *Le Figaro* lui-même le constate, qui titre que « *La sécurité sociale aura besoin de 24 milliards d'euros fin 2007* ». Dressant le même constat, la Cour des comptes affirme que l'on aura besoin de 40 milliards d'euros d'ici 2009, ce qui signifie que la dette sociale atteint 97 milliards d'euros. Tel est le triste résultat atteint au terme de cette législature.

Si l'on veut polémiquer quelque peu sur l'avenir de la santé, mieux vaut le faire à propos des valeurs que des chiffres, et l'occasion en sera sans doute fournie par le projet de loi sur la prévention de la délinquance, qui met précisément à mal les valeurs dont on pouvait penser qu'elles rassemblaient les élus de tous bords.

Les déficits ne sont pas uniquement liés à la gestion des organismes : la Cour des comptes a aussi rappelé que l'État était un très mauvais débiteur vis-à-vis de la sécurité sociale. On observe d'ailleurs que cette dernière bénéficie cette année d'un peu plus de droits sur le tabac ; peut-être que le ministre, qui avait annoncé il y a deux ans que les droits tabacs étaient affectés à la sécurité sociale, finira un jour par avoir raison...

Sans doute la réflexion menée en France est-elle plus proche des besoins que la réforme allemande, en particulier parce que les Allemands se sont engagés sur la voie de la TVA sociale et qu'ils considèrent que c'est essentiellement en

jouant sur le volet assurantiel qu'ils pourront améliorer le système, alors que le cœur du problème est plutôt l'organisation du système de soins et de la politique de santé.

Il existe probablement encore des marges de progression sur le médicament, encore faudrait-il que la règle du jeu soit bien établie avec les professionnels du secteur. De ce point de vue, on observe une rupture dans le discours de la majorité qui s'est comportée pendant trois ans en Guizot de l'industrie pharmaceutique, en lui disant : « *Faites ce que vous voulez, enrichissez-vous* ». Elle est aujourd'hui confrontée à la réalité des chiffres et elle donne de vigoureux coups de frein.

S'agissant des affections de longue durée, il y a en effet des progrès à faire dans la prise en charge des patients comme dans la gestion. Les chiffres de la CNAMTS montrent bien qu'il s'agit d'un des enjeux majeurs de la qualité du système de soins.

Sur l'ONDAM de ville, on assiste à un petit jeu entre la majorité et le gouvernement. Ce dernier, pour tenir des objectifs qui ne sont guère crédibles, est obligé de fixer un ONDAM particulièrement bas mais le ministre n'hésite pas à flatter certains corporatismes médicaux, tandis que les membres de sa majorité expliquent que, pour des raisons électorales, ils sont prêts à lâcher sur l'ONDAM... Croient-ils vraiment que c'est avec ces vieilles recettes démagogiques que l'on peut faire avancer le système de santé et améliorer les conditions de travail ? C'est pourtant indispensable car, comme le ministre l'a observé justement, les professionnels de santé sont victimes d'un surcroît de travail administratif.

Le projet socialiste ne fait en aucune façon référence à la CSG. Comment le ministre pourrait-il faire passer l'idée que la CSG serait très mauvaise pour le pouvoir d'achat, tandis que la TVA sociale serait très bonne ?

Sans doute existe-t-il des marges de progression dans la maîtrise des dépenses de santé, cela ne peut qu'aviver le regret que, pendant cinq ans, on ne se soit pas engagé dans une maîtrise médicalisée suffisamment efficace et précoce, qui aurait évité que l'on se retrouve dans la situation financière actuelle.

Le président Jean-Michel Dubernard s'est réjoui que les ministres soient venus présenter aux deux commissions le projet de loi de financement de la sécurité sociale sitôt celui-ci adopté en Conseil des ministres. Le temps fait cependant défaut pour mener leur audition à son terme. Si les ministres en étaient d'accord, la suite de l'audition pourrait être reportée cet après-midi à 17 heures.

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille ont déclaré qu'ils étaient à la disposition des commissions et prêts à poursuivre les débats cet après-midi.

*

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a poursuivi l'audition de **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 2007.

Le président Jean-Michel Dubernard, après avoir excusé l'absence du président Pierre Méhaignerie, retenu par la réunion de la commission des finances et suppléé par M. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, a remercié les ministres d'avoir accepté de revenir répondre aux questions des députés.

M. Bernard Debré a fait les observations suivantes :

– La rédaction de l'article 32 du projet est satisfaisante. Elle permet d'élargir et d'assouplir les heures de sortie autorisées aux malades atteints d'affections de longue durée (ALD) ;

– La rédaction de l'article relatif aux médecins à diplôme étranger, en revanche, mérite des éclaircissements. En quoi l'examen de vérification des connaissances imposé aux médecins à diplôme étranger se distingue d'un concours, dans la mesure où le nombre d'admis sera contingenté ? Qu'advient-il des candidats qui, bien qu'ayant satisfait aux épreuves, ne seront pas reçus ?

– Le protocole d'accord du 31 mars 2005 permet aux praticiens hospitaliers professeurs d'université (PU-PH), grâce à l'indemnité compensatrice de l'absence de retraite hospitalière (ICAR), de se constituer des droits à pension pour les deux volets de leur activité, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Mais le dispositif législatif de l'article 58 du projet de loi de financement de la sécurité sociale permettra-t-il de traiter la situation des personnes ayant déjà atteint l'âge de 55 ans ? Seul le gouvernement peut le garantir, toute initiative des parlementaires en ce sens étant vouée à se heurter à l'article 40 de la Constitution.

– La tarification à l'activité (T2A) s'applique à toutes les spécialités, sauf la psychiatrie, encore régie par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Quand lui sera-t-elle étendue ?

– Enfin, l'enveloppe des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) ne pourrait-elle pas être mise à profit pour faciliter la convergence tarifaire entre le secteur privé et le service public, rendue très difficile par les missions spécifiques de ce dernier ?

Mme Jacqueline Fraysse s'est tout d'abord associée à la question de M. Bernard Debré sur les médecins à diplôme étranger, puis a indiqué que le niveau de l'ONDAM fixé pour 2007 est très préoccupant. Les dépenses de médecine de ville sont censées ne progresser que de 0,8 % : si l'augmentation de

2,5 à 3 % des honoraires est certaine, la baisse attendue des prescriptions à due concurrence, en revanche, ne l'est pas. Dans ces conditions, comment tenir dans l'enveloppe proposée ? Les préoccupations exprimées par les médecins de ville sont légitimes. Quant à l'ONDAM hospitalier, la situation est gravissime. On ne pourra s'en sortir avec les chiffres avancés, alors même que le déficit cumulé atteint d'ores et déjà le milliard d'euros.

Il est un point au moins sur lequel chacun s'accorde, y compris le ministre si l'on en croit ses déclarations répétées : le débat central sur la réforme globale du financement des dépenses de santé est indispensable. Le groupe communiste et républicain a fait des propositions, comme l'a reconnu le ministre. La réforme ne peut se limiter à un rationnement des dépenses : il y a bien un problème de recettes. Il faudra modifier l'assiette des cotisations de façon à garantir des recettes supplémentaires. Quand le débat sur cette question cruciale s'engagera-t-il ? D'ailleurs, sur ce sujet du financement, il serait intéressant que les ministres rappellent le taux de cotisations sociales employeur pour un salarié payé au SMIC.

Lors du débat d'orientation budgétaire du printemps 2006, le ministre délégué avait déclaré que le taux de couverture des dépenses de santé avait progressé au cours des dix dernières années, pour atteindre 79,8 %. On peut s'en étonner, dans la mesure où, selon la direction des recherches et des études économiques et statistiques (DREES) du ministère de la santé, la contribution personnelle nette des assurés est passée, au cours de cette période, de 8,47 à 8,72 %, et le taux moyen de remboursement des soins de ville de 66,4 % à 65,7 %. Ces chiffres sont beaucoup moins enthousiasmants que les données merveilleuses fournies par le ministre délégué. Le courrier adressé au ministre délégué pour obtenir des précisions quant à ses sources n'a jamais reçu de réponse.

Enfin, il est impératif, au moment où vient d'être décidée l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics, d'aider les personnes intoxiquées par le tabac à se défaire de cette dépendance et à surmonter ce handicap en remboursant les substituts nicotiques. Il en coûterait certes 400 millions d'euros par an, mais les recettes supplémentaires attendues au titre des « droits tabac » encaissées par l'assurance maladie au premier semestre 2006 ne s'élèvent-elles pas à 300 millions ?

M. Jean-Luc Prél a félicité le ministre de la santé et des solidarités pour le talent avec lequel il défend ses réformes, mais a regretté qu'il ait cru devoir nier l'existence de propositions alternatives à celles du gouvernement. En effet, l'UDF préconise de longue date qu'il soit mis fin à la séparation entre la ville et l'hôpital et a suggéré l'extinction des régimes spéciaux de retraite, d'ailleurs reprise récemment par M. François Fillon.

Les réformes des retraites et de l'assurance maladie étaient censées ramener les comptes sociaux à l'équilibre en 2007. Ou bien s'agit-il de 2009 ? Que fera-t-on des déficits prévus de 2007 à 2009 ? Seront-ils transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ?

La réduction du déficit de l'assurance maladie s'explique en partie par des recettes supplémentaires, comme le prélèvement sur les intérêts des plans d'épargne-logement, qui rapporte à lui seul deux milliards d'euros. Pourra-t-on rééditer l'opération l'an prochain ? De manière générale, s'agissant du succès de la réforme de l'assurance maladie, quelle est la part imputable aux recettes et celle imputable aux dépenses ?

Il s'en faudra sans doute de 700 millions d'euros que l'ONDAM soit atteint en fin d'année. On peut se demander, à ce propos, ce qui distingue la maîtrise « médicalisée » des dépenses d'une maîtrise purement « comptable », lorsqu'un mécanisme d'alerte conduit, au milieu de l'été, à baisser unilatéralement de 3 % certains tarifs.

La décélération des remboursements de soins de ville doit se poursuivre, mais elle est due en grande partie à la baisse des indemnités journalières. Or on s'attend à ce que celle-ci se ralentisse également, ce qui rendrait d'autant plus hasardeux l'objectif de progression de l'ONDAM médecine de ville fixé à 0,8 % par le projet de loi. Le risque de ne pas respecter l'objectif est d'autant plus réel que des promesses ont été faites pour la fin 2007, notamment l'augmentation du tarif de la consultation généraliste (C) au niveau du tarif des spécialistes (CS).

L'ONDAM hospitalier, quant à lui, est de 3,5 %, mais quelles seront les recettes effectivement déléguées aux établissements ? Une partie des 3,43 % de l'an dernier avait servi, en fait, à payer les reports de charges 2005. Une partie a été gelée définitivement. Comment les établissements peuvent-ils adopter leurs états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) sans connaître le montant total des recettes qui leur seront déléguées ?

Le président Jean-Michel Dubernard, a demandé, au nom de M. Michel Diefenbacher, présent lors de la réunion de ce matin mais empêché cet après-midi, que soit très précisément mesuré l'impact des mesures contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale sur le niveau d'activité des laboratoires pharmaceutiques, qu'il s'agisse de la limitation à 1 % de l'évolution du chiffre d'affaires du médicament remboursable, du passage de 0,6 à 1 % de la taxe sur le chiffre d'affaires ou encore de la taxe exceptionnelle sur les ventes directes aux pharmacies, qui sont une pratique courante pour certains médicaments.

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a apporté aux intervenants les éléments de réponse suivants :

– S'agissant des patients atteints d'affections de longue durée, les caisses primaires ont reçu de la CNAMTS, suite à une demande ministérielle, l'instruction de faire preuve de souplesse en matière d'absences. Certes, une disposition visant à faciliter les contrôles avait été introduite à l'initiative du Sénat, mais des réglages plus fins sont nécessaires, car les ALD justifient un traitement particulier.

– L'accord relatif aux médecins à diplôme extra-communautaire ne pouvait pas ne pas tenir compte du *numerus clausus* imposé aux étudiants en

médecine des universités françaises ; c'est pourquoi le nombre de ses bénéficiaires sera contingenté, mais grâce à lui le problème devrait se résoudre progressivement, sur quelques années – bien moins de dix, en tout cas. Les autres pourront, en attendant, continuer d'exercer, mais sous la responsabilité d'un praticien hospitalier. La loi portant création de la couverture maladie universelle, en 1999, était censée résoudre le problème ; on voit ce que cela a donné ! Il faudra aussi que les établissements s'abstiennent de procéder à de nouveaux recrutements qui viendraient gonfler le « stock » ; des instructions seront données en ce sens aux directeurs d'établissements.

– Le problème de la retraite des PU-PH a enfin trouvé une solution. Pour les PU-PH âgés de plus de 55 ans, les deux ministères de tutelle, enseignement supérieur et santé, sont en train de rechercher des solutions complémentaires dans le cadre du dispositif transitoire, afin que personne ne soit oublié. La faible masse des sommes en jeu devrait faciliter la chose, mais il faut aussi veiller à la question de l'attractivité : en d'autres termes, faire en sorte que ces personnels aient envie de rester en activité.

– L'extension de la tarification à l'activité à la psychiatrie ne se fera pas sans expérimentation. Celle-ci commencera en 2008-2009 pour la psychiatrie et en 2007 pour les soins de suite et de réanimation (SSR). Dès l'an prochain, cependant, le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) sera remplacé par le dispositif dit de « valorisation de l'activité en psychiatrie » (VAP).

– Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont pour objet de tenir compte des spécificités de l'hôpital public. Leur enveloppe a été revalorisée de plus de 12 % en 2006. Pour aider à la convergence intersectorielle, un des débats du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, des moyens pourront être consentis afin d'accompagner les efforts salariaux faits dans le secteur privé.

– Sans vouloir entrer dans un débat sémantique sur la maîtrise médicalisée et la maîtrise comptable, le mécanisme d'alerte qui a été mis en place amène le ministre de tutelle à prendre ses responsabilités, dans le cadre notamment de la « régulation prix volumes » permise par la tarification à l'activité. C'est ainsi que, constatant que les dépenses des cliniques augmentaient de 5 % en rythme annuel au lieu des 2,6 % prévus, il a été décidé une baisse tarifaire à due concurrence jusqu'au 31 décembre – après quoi les tarifs reviendront au niveau précédent. Il faut cependant souligner qu'une maîtrise purement comptable aurait conduit à une diminution plus importante. Un suivi a été mis en place au niveau des agences régionales de l'hospitalisation.

– Il n'y aura pas de recours à la CADES, car les prévisions de déficits et la baisse de l'encours de la dette permettront de l'éviter. Les nouvelles dispositions de la loi organique relative au financement de la sécurité sociale ne sont, au demeurant, guère favorables à une telle solution.

– La question des recettes supplémentaires aurait pu être posée l’an dernier, lorsque le gouvernement s’était engagé à ramener le déficit à 8,3 milliards d’euros. Malgré une conjoncture économique défavorable, l’objectif a été atteint et dépassé de 300 millions d’euros. L’année dernière, si les recettes avaient été effectivement au rendez-vous, le déficit aurait été de 7 milliards d’euros et non de 8 milliards d’euros. Cette année, il n’y a pas eu de mauvaises surprises, mais un simple décalage dans la perception des recettes ou des moindres dépenses, en partie dû aux délais de revignettage des médicaments. Le gouvernement a de plus choisi de faire confiance aux pharmaciens et d’éviter le recours aux tarifs forfaitaires de responsabilité, afin de ne pas casser la dynamique qui s’est enclenchée en faveur des génériques.

– La baisse des indemnités journalières est susceptible d’être contrecarrée par la reprise de l’activité, laquelle est cependant une bonne nouvelle en soi, et c’est pourquoi il y a lieu de rester prudent, mais non alarmiste.

– Jamais les établissements hospitaliers ne se sont vu déléguer dès le début de l’année la totalité de leurs recettes annuelles, quel que soit le régime financier et comptable en vigueur. L’état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) est cependant de nature à améliorer la transparence des reports de charges, et le ministère s’efforce d’obtenir des remontées d’informations des caisses d’assurance maladie afin de pouvoir arrêter les montants des prochaines délégations de crédits avant la fin de l’année.

– La taxe sur le chiffre d’affaires des laboratoires pharmaceutiques ne passe pas de 0,6 % à 1 %, mais de 1,76 % à 1 %, car le gouvernement a décidé de baisser le taux de la taxe exceptionnelle. Les mesures prises ne nuiront pas à l’attractivité du territoire pour cette industrie : la réunion du Comité stratégique des industries de santé, qui se tiendra dans la première quinzaine de décembre, sera l’occasion de mettre en place de nouvelles formes de partenariat afin de valoriser l’innovation.

Mme Jacqueline Fraysse a demandé si les médecins à diplôme extra-communautaire non reçus à l’examen pour des raisons de contingentement devront le repasser.

Le ministre de la santé et des solidarités a répondu qu’ils pourront le repasser. Les modalités de cet examen seront fixées en accord avec leurs représentants, qui souhaitent qu’il ne s’agisse pas d’épreuves de type scolaire : il s’agira de vérifier leur connaissance de la langue française et leur maîtrise de la spécialité qu’ils pratiquent. Cela permettra, et c’est l’essentiel, de sortir d’une situation de *statu quo* qui était devenue insupportable.

Quant aux substituts nicotiques, ils seront pris en charge par l’assurance maladie à hauteur de 50 euros par an et par patient, le coût d’un traitement efficace étant de 150 euros et sa durée de trois mois. Le choix du traitement sera laissé au libre choix du patient ; le médicament ne sera pas inscrit au remboursement. Des

discussions sont en cours avec les complémentaires pour qu'elles versent également leur écot, ce que certaines font peut-être d'ailleurs déjà, mais une participation volontaire des fumeurs eux-mêmes est sans doute souhaitable d'un point de vue psychologique. Les associations seront également consultées, afin que l'on sache s'il convient d'accorder une aide renforcée pour certaines affections particulières. L'objectif est de doubler le nombre de personnes suivant ces traitements, qui est actuellement de 600 000 par an.

M. Marc Bernier a indiqué que le conseil de surveillance du FFIPSA, au sein duquel M. Marc Censi et lui-même représentent l'Assemblée nationale, s'était réuni ce matin. Il s'est préoccupé du financement de la mesure annoncée par le gouvernement en faveur des petites retraites agricoles, conformément à un engagement du Président de la République. Le BAPSA, avant sa suppression, recevait de l'Etat une subvention d'équilibre, notamment au titre de la compensation démographique. Promesse a été faite, lors de son remplacement par le FFIPSA, que le « pacte » passé entre la nation et son agriculture ne serait pas remis en cause, et l'Etat, de fait, a doté le FFIPSA de 2,5 milliards d'euros, mais pour le reste, la loi dispose qu'il prend en charge son déficit « le cas échéant ». Cette expression même fait problème, car il est de la responsabilité de l'Etat et du régime général d'assurer la solidarité inter-régimes. Sachant qu'il faut encore 1,9 milliard d'euros pour équilibrer le FFIPSA et que le régime général aura bénéficié, en 2006, de recettes supplémentaires, quelles propositions entendent faire, d'ici la fin de l'année, les ministres de tutelle – santé et budget – pour pérenniser le système de protection sociale agricole ?

M. Jean-Luc Prél est intervenu sur deux points :

– Étant donné la disparition de la subvention d'équilibre que l'Etat versait naguère au BAPSA, le recours à l'emprunt avec prise en charge des intérêts par l'Etat n'est-il pas, finalement, la moins mauvaise des solutions au problème posé par l'important déficit cumulé du FFIPSA ? On peut se demander d'ailleurs comment sera financé la réforme, juste et attendue, des petites retraites agricoles.

– Des maisons de retraite ont signé des conventions tripartites ; au bout de trois, voire quatre ans, elles ne voient toujours pas venir les financements promis par l'Etat et sont en grande difficulté.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a apporté aux intervenants les éléments de réponse suivants :

– À partir du 1^{er} juillet 2007, les cotisations sociales dites patronales se limiteront, au niveau du SMIC, aux 2,2 points de cotisation au régime des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) – c'est une moyenne, car le taux effectif sera modulé en fonction des résultats obtenus par l'entreprise en matière de prévention de ces deux risques – ainsi qu'aux cotisations

d'assurance chômage et de retraite complémentaire, soit respectivement 4 et 5 points.

– Le taux de couverture des dépenses de santé par l'assurance maladie est bel et bien passé – ainsi qu'il a été répondu à Mme Jacqueline Fraysse, dans une lettre dont copie lui sera donnée puisqu'il semble qu'elle se soit perdue – de 78 % en 1993 à 79,1 % en 2005, et le reste à charge pour l'assuré après intervention des complémentaires est passé de 9,6 % en 1995 à 8,7 % en 2005. Il est donc faux de dire que la couverture maladie se réduit comme peau de chagrin : elle progresse plutôt, ce qui s'explique notamment par le fait que, d'une part, le vieillissement de la population s'accompagne d'une plus grande proportion de personnes prises en charge à 100 %, et que, d'autre part, de nouveaux médicaments plus performants apparaissent, qui sont remboursés à un tarif plus élevé que ceux faisant l'objet de déremboursements pour service médical rendu (SMR) insuffisant. Le taux de couverture des dépenses est, en tout cas, un indicateur absolument essentiel, qu'il convient de surveiller de près afin de maintenir un égal accès de tous aux soins et au progrès médical et à un haut niveau de protection sociale. Sur ce point, l'engagement est tenu.

– Le déficit du FFIPSA pose un problème très délicat, et le gouvernement a confié à M. Jean-François Chadelat, inspecteur général des affaires sociales, une mission d'expertise afin de trouver un mode de financement pérenne. Le pacte entre la nation et ses agriculteurs, qui se traduit depuis les années 1960 par la prise en charge de 40 % du montant des prestations sociales, n'est pas rompu. Le fait que la LOLF ait prévu la disparition des budgets annexes et la création du FFIPSA ne change pas le moins du monde les données politiques de ce pacte. Le FFIPSA a une créance sur l'Etat, mais cette créance ne représente qu'une très faible partie des quelque 1 100 milliards d'euros auxquels s'élève la dette de l'Etat, héritage des gouvernements antérieurs. Pour la première fois l'an prochain, cette dette va se réduire en pourcentage du PIB, ce qui devrait permettre de régler progressivement le problème de la créance du FFIPSA sur l'Etat. Le nouveau mode de gestion financière retenu n'a aucunement remis en cause les prestations auxquelles ont droit les anciens agriculteurs et leurs conjoints. Qui plus est, les mesures annoncées en faveur des petites retraites, et en particulier des personnes ayant pris leur retraite avant 2002 sans avoir cotisé suffisamment pour percevoir au moins le minimum vieillesse, marque une étape nouvelle, dont le coût est estimé à 160 millions d'euros. Quelle que soit la façon – qui est encore à l'étude – dont la réforme sera financée, cette dépense sera bien inscrite au budget du FFIPSA l'an prochain.

Mme Jacqueline Fraysse s'est étonnée, s'agissant du taux de couverture des dépenses de santé par la sécurité sociale, de la discordance entre les chiffres du ministre délégué et ceux de la DREES.

Le ministre délégué a dit s'en étonner également, car les chiffres qu'il a cités proviennent précisément de la DREES. Sans doute y a-t-il un malentendu, qu'il faudra éclaircir.

M. Marc Bernier, revenant sur le déficit du FFIPSA, a souligné que le découvert est appelé à se pérenniser et à s'alourdir. Que pense le gouvernement de la proposition, émise par le conseil de surveillance du fonds, de faire prendre en charge par l'Etat les intérêts et l'amortissement d'un emprunt que le FFIPSA souscrirait ?

Le ministre délégué a souligné que le gouvernement avait fait un premier pas dans cette direction, en faisant en sorte que l'Etat verse 160 millions d'euros à la sécurité sociale au titre des frais financiers liés à sa dette envers elle. Il n'y aurait que des avantages à ce qu'il agisse de même envers le FFIPSA. Tout dépendra, cela dit, des disponibilités budgétaires en 2007.

M. Denis Jacquat a observé que, même si l'amélioration de la situation de l'emploi doit tendre à ramener le FSV à l'équilibre en 2009, le déficit accumulé d'ici là – et qui s'élèvera à quelque 6 milliards d'euros fin 2008 – ne sera pas annulé pour autant.

Le ministre délégué en a convenu et a rappelé que les excédents à venir seront versés, de par la loi, au Fonds de réserve pour les retraites, et ne pourront donc servir à rembourser les dettes antérieures. L'existence du FSV est cependant précieuse car elle permet de distinguer clairement entre les prestations qui relèvent de la solidarité nationale, c'est-à-dire de l'Etat, et celles qui sont la contrepartie de contributions des assurés.

Le président Jean-Michel Dubernard a remercié les ministres.

II.- EXAMEN DU RAPPORT

La commission a examiné le rapport de **M. Pierre-Louis Fagniez** pour les recettes et l'équilibre général au cours de sa séance du mercredi 11 octobre 2006.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a souhaité revenir sur les propos qu'a tenus le ministre en réponse à la question de M. Bernard Debré sur la retraite des professeurs d'université – praticiens hospitaliers (PU-PH). Le texte du projet de loi est bon mais il convient de réfléchir à la demande des PU-PH tendant à leur permettre de racheter des droits à pension supplémentaires sur leurs revenus hospitaliers. Un amendement en ce sens pourrait être contraire aux dispositions de l'article 40 de la Constitution mais s'il ouvre simplement la possibilité au gouvernement de définir des dispositions transitoires pour ces personnels, il éviterait cet écueil. Le ministre a fait valoir qu'une discussion était engagée avec le ministre de l'éducation nationale sur la définition du régime applicable aux PU-PH. Cependant, les cotisations de retraite sur les revenus hospitaliers ne relèvent que de la compétence du ministre de la santé puisque ces cotisations seront financées par le budget des centres hospitaliers et universitaires.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que les parlementaires et les PU-PH essaient de faire progresser ce dossier depuis des années. Il faut éviter de voter une disposition législative excessive car elle risquerait de faire échouer l'ensemble de la réforme. Il convient donc de garder une grande prudence même si une mesure de rattrapage en faveur des PU-PH âgés de cinquante-cinq ans et plus serait fondée.

M. Paul-Henri Cugnenc a considéré qu'il est important de concilier prudence et efficacité. En effet, les PU-PH sont mobilisés de longue date sur cette question. Il s'agit de la seule catégorie en France dont l'employeur – l'hôpital public – finit par nier sa qualité d'employeur. Certaines balivernes sont bien peu crédibles, à l'image de l'affirmation selon laquelle la retraite universitaire rendrait impossible le versement d'une deuxième retraite par l'hôpital.

Aujourd'hui, il est enfin possible de faire un pas en avant. Mais une grande prudence est requise afin qu'à terme celui-ci ne se transforme pas en pas en arrière, dont les PU-PH seraient les premières victimes. La clarté et l'honnêteté doivent primer : il est possible à l'hôpital public de verser des prestations de retraite. L'hôpital peut procéder à de tels versements, d'une manière active et ferme, conformément à l'ensemble des engagements syndicaux ou encore politiques pris. Il est important d'aller jusqu'au bout : un pas en arrière équivaldrait à un suicide.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé qu'il y a déjà eu deux ou trois tentatives de réforme des retraites des PU-PH mais que les espoirs de ces derniers se sont effondrés au dernier moment. Il est fondé de s'engager pour faire

adopter cette réforme car les PU-PH vivent une véritable injustice. Cependant, le risque d'échec est toujours grand car les indemnités hospitalières peuvent être interprétées comme étant des primes.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a indiqué avoir proposé au ministre un texte d'amendement. L'hôpital doit pouvoir retenir ses meilleurs éléments face à la tentation du secteur privé qui offre de nombreux avantages en matière de retraite.

M. Bernard Debré a souscrit à la mise en garde du président Jean-Michel Dubernard : les parlementaires et les PU-PH ont connu trop d'occasions de réforme qui se sont évanouies. L'article 58 du projet de loi constitue une avancée évidente et inespérée qui permettra, par la suite, d'autres avancées, surtout si l'amendement proposé par le rapporteur pour l'assurance vieillesse et relatif aux mesures transitoires est adopté.

M. Jean-Luc Prél a rappelé que le rôle de l'État consiste à améliorer le système de protection sociale et à assurer la solidarité, au regard de ce réel problème que constituent les retraites. Ce rôle consiste également à assurer un égal accès de tous à des soins de qualité. Dans le même temps, comment ne pas reconnaître l'existence de réelles difficultés de financement ? Certaines propositions avaient été faites l'année dernière. Pourquoi se refuser cette année à certaines avancées et au moins engager une première réflexion ?

D'autre part, il faut regretter l'absence de raisonnement global concernant la définition des dépenses de santé. Le cadre actuel de la discussion ne concerne que les dépenses remboursables par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Or il serait opportun de considérer la totalité des dépenses remboursées, que ce soit par les régimes de base ou les régimes complémentaires. Les dépenses de prévention et d'éducation comme les dépassements d'honoraires devraient être prises en compte. Les difficultés évoquées précédemment dans la discussion ne proviennent-elles pas de cette lacune ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a ensuite souhaité aborder brièvement un sujet qui fait l'objet d'une étude spéciale dans son rapport. La France a un grand nombre de veuves jeunes qui sont confrontées à de grandes difficultés financières. Il conviendrait de ranger ces veuves sans emploi et sans revenu substantiel mais avec un enfant à charge, parmi les publics prioritaires traités par l'ANPE pour la recherche d'un emploi, comme cela était naguère prévu. En outre, lorsqu'une femme se retrouve seule à la suite d'un veuvage, elle ne perçoit pas d'allocation suffisante pour lui permettre d'élever convenablement un enfant à charge, contrairement à une femme divorcée. Cette discrimination est importante. Il faudrait étudier la possibilité de mettre en place une véritable assurance orphelin permettant de servir des allocations.

III.- EXAMEN DES ARTICLES

La commission a procédé à l'examen des articles du présent projet de loi au cours de sa séance du mardi 17 octobre 2006.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2005

Article 1^{er}

Approbation au titre de l'exercice 2005 des tableaux d'équilibre

Cet article propose d'approuver les tableaux d'équilibre au titre de l'exercice 2005, qui est le dernier exercice clos.

Conformément au 1^o du A du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale de la loi organique relative aux lois de financement, cet article propose d'approuver les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de la sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant à leur financement ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de l'exercice 2005. Conformément au 2^o du A du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article propose également, s'agissant de ce même exercice 2005, d'approuver les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

Quelques précisions méthodologiques préalables doivent être données à titre de rappel.

– L'expression « tableau d'équilibre » renvoie à l'impossibilité juridique d'établir les comptes, au sens strict du mot, des régimes d'une part et de l'ensemble des régimes d'autre part, faute de personnalité morale correspondante. Ainsi, chaque branche du régime général dispose d'une personnalité morale ; en revanche, le régime général n'en dispose pas.

– En outre, il est impossible d'agrèger les montants des différentes branches pour retrouver les montants totaux ; les opérations de transfert entre branches sont en effet neutralisées.

– Le présent article ne donne pas de chiffre *unique* consolidant les résultats de l'ensemble des régimes obligatoires de la sécurité sociale (régime général, régime agricole et autres régimes) et des fonds de financement Fonds de

solidarité vieillesse (FSV) et Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA). Cette donnée est livrée par le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, qui a notamment consolidé les résultats du FFIPSA et du régime agricole pour construire ce solde global.

– La comparaison entre les chiffres définitifs 2005 données dans le cadre du présent projet et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 est rendue malaisée par le fait que loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale s'est appliquée pour la première fois à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 ; en conséquence, la comparaison ne peut être faite qu'entre les rectifications sur l'exercice 2005 (faite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006) et les résultats définitifs.

• *Tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale*

Le 1° de cet article concerne le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Cette donnée inclut les résultats de tous les régimes mais exclut les organismes concourant à leur financement. Les chiffres font apparaître un déficit 2005 de – 11,4 milliards d'euros, contre – 11,5 milliards d'euros en 2004 (chiffre donné par la loi de financement pour 2006). Ce déficit est principalement dû à la situation financière dégradée de la branche maladie du régime général, dont le solde négatif atteint - 8 milliards d'euros. Grâce aux données de la Commission des comptes de la sécurité sociale, on dispose de données plus fines sur les autres régimes que le régime général. On note ainsi la relative bonne situation de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales – CNRACL (+ 0,5 milliard d'euros) et de la CANAM. En revanche, le solde du régime des exploitants agricoles se dégrade et passe à – 0,7 milliard d'euros.

• *Tableau d'équilibre du régime général*

Le 2° de cet article concerne le tableau d'équilibre du seul régime général, qui fait apparaître un déficit de – 11,6 milliards d'euros, en très légère amélioration (de l'ordre de 2 %) par rapport au déficit 2004, qui avait atteint - 11,9 milliards d'euros).

Alors qu'en 2004, une branche du régime général, la branche vieillesse, connaissait un excédent (certes limité à 0,3 milliard d'euros), toutes les branches accusent un déficit en 2005. Par rapport à 2004, toutes les branches voient leur situation financière se dégrader, à l'exception de la branche maladie, dont le déficit passe de – 11,6 à – 8 milliards d'euros. Ce déficit est légèrement inférieur aux prévisions (– 8,3 milliards d'euros). La réalisation de l'ONDAM 2005 est marquée par une sous exécution de l'enveloppe « soins de ville » et un dépassement de l'enveloppe « hôpital ».

L'amélioration du solde de la branche maladie est due à un nouveau ralentissement de la croissance des prestations en 2005, à une diminution des

charges financières liées aux reprises de dettes par la CADES intervenues à la fin de l'année 2004 et enfin à une croissance soutenue des produits. En effet, en application de la loi relative à l'assurance maladie, la CNAM a bénéficié en 2005 d'une forte hausse de la CSG, d'une augmentation des droits tabac, de la nouvelle contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et de l'accroissement de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La branche retraite enregistre en 2005 un déficit de 1,9 milliard d'euros. C'est le premier déficit depuis 1998. Les charges augmentent de 5,7 % hors effet de l'adossement du régime des industries électriques et gazières (IEG). La mesure relative à la retraite anticipée a coûté 1,35 milliard d'euros en 2005 et la branche a payé 90 millions d'euros de charges financières sur l'exercice, soit cinq fois le montant décaissé en 2004.

Le déficit de la branche famille s'est aggravé en 2005 pour atteindre 1,3 milliard d'euros, ce qui constitue une dégradation de près d'un milliard d'euros par rapport à 2004. Les prestations légales ont cru de 4,4 %, le bloc des aides légales à la petite enfance augmentant de 10 %. Les produits de la branche famille dépendent à 80 % de cotisations ; la tenue moyenne de la masse salariale en 2005 n'a permis d'augmenter les produits que de 3,3 % environ.

L'exercice 2005 de la branche accidents du travail du régime général est marqué par le fort dynamisme des dotations aux fonds amiante, qui progressent de 33 % (+ 200 millions d'euros). Le déficit 2005 atteint 400 millions d'euros.

Les variations intervenues sur les différentes branches ont eu un impact sur le solde de la trésorerie de l'ACOSS. La variation de trésorerie de l'ACOSS sur l'année a été de - 16,9 milliards d'euros en 2005. Le solde du compte en fin d'année 2005, correspondant au solde du 1^{er} janvier 2005 modifié de la variation de trésorerie sur l'année, aurait atteint - 13,5 milliards d'euros. Cependant, la reprise de dette de l'assurance maladie par la CADES a permis d'aboutir à un solde de fin d'année de - 6,9 milliards d'euros.

La dégradation de la trésorerie est supérieure au déficit comptable du régime général en 2005 (- 11,6 milliards d'euros). Le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2006 explique ce décalage notamment par les retards de paiement en provenance du FSV (pour 1,8 milliard d'euros) et par d'autres facteurs liés au décalage entre le résultat comptable, qui est fonction des droits constatés, et la variation de trésorerie, fonction des encaissements et décaissements quotidiens.

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

Le 3^o de cet article propose d'approuver le tableau d'équilibre des trois organismes concourant en 2005 au financement des régimes obligatoires de base, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), le Fonds de financement des prestations

sociales agricoles (FFIPSA) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). La situation financière du FSV et du FFIPSA est très dégradée en 2005.

– Le FSV

Le FSV est un établissement public chargé de financer depuis 1994 les avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale et servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale. Le code de la sécurité sociale interdit que le FSV s'endette ; il doit présenter des comptes en équilibre.

Le FSV a connu en 2005 un déficit de – 2 milliards d'euros, contre - 0,6 milliard d'euros en 2004. Cette dégradation est notamment imputable à de moindres rentrées de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), les rentrées de CSG, corrélées à l'évolution de la masse salariale, restant relativement dynamiques. Quant aux charges du fonds, malgré l'amélioration du marché de l'emploi constaté au second semestre 2005, elles augmentent en partie en raison de la forte augmentation du montant du SMIC horaire (+ 5,5 % au 1^{er} juillet 2005) et du nouveau calcul de la cotisation d'assurance veuvage (cette cotisation est prise en charge par le FSV).

Le déficit 2005 devrait être le plus élevé enregistré sur la décennie ; en effet, à partir de 2006, la situation financière du fonds s'améliore. Compte tenu des déficits cumulés depuis 2002, le déficit cumulé du FSV au 31 décembre 2005, donnée qui n'est pas indiquée dans le présent article, atteint 3,7 milliards d'euros, soit 30 % des ressources 2005 du fonds.

Le président du conseil d'administration du FSV a appelé l'attention des deux tutelles (ministre de la santé et des solidarités, ministre de l'économie et des finances) sur la situation financière du fonds. Il a également saisi la Cour des comptes en novembre 2004 ; la Cour des comptes a procédé au premier trimestre 2005 à une enquête sur la situation du Fonds. Dans son rapport de septembre 2005 sur la sécurité sociale, la Cour des comptes conclut à la nécessité d'un apport significatif de recettes, soit par un accroissement de la CSG, soit par une dotation de l'Etat. La Cour des comptes relève également que la situation de déficit du FSV n'est pas conforme au droit.

– Le FFIPSA

Le FFIPSA, établissement public de l'Etat créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004 et installé le 1^{er} janvier 2005, est chargé de succéder au budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) afin d'assurer le financement du régime des non-salariés agricoles. Le FFIPSA, alimenté par un financement spécifique, comporte trois sections (famille, maladie, vieillesse), est chargé d'effectuer les versements correspondants à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Contrairement au FSV, il peut emprunter.

Il a connu en 2005, première année de son fonctionnement, un déficit de - 1,4 milliard d'euros, contre – 3,2 milliards d'euros en 2004 (correspondant au

déficit du budget annexe des prestations sociales agricoles – BAPSA). L'article 117 de loi n° 2005-1720 de finances rectificatives pour 2005 du 30 décembre 2005 a autorisé le transfert, à hauteur de 2,5 milliards d'euros, des dettes du FFIPSA à l'Etat. Plus précisément, il a permis de transférer à l'Etat les dettes contractées par la CCMSA pour assurer le financement du FFIPSA. Ce transfert a été effectué en janvier 2006. Selon la Cour des comptes, il subsiste une créance du FFIPSA sur l'Etat de 618 millions d'euros, correspondant à l'écart entre le déficit 2004 (3,2 milliards d'euros) et la reprise de dette (2,5 milliards d'euros).

Contrairement au FSV, la situation dégradée de 2005 du FFIPSA ne s'améliore pas sur les années suivantes et la question du statut de la créance du FFIPSA sur l'Etat devient de plus en plus aiguë : si l'Etat ne montrait pas sa volonté de régler sa dette, la CCMSA devrait provisionner sa créance sur le FFIPSA, ce qui aurait un effet dramatique sur ses comptes.

– La CNSA

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), créée par la loi du 30 juin 2004, rassemble en un lieu unique les moyens mobilisables au niveau national pour prendre en charge la perte d'autonomie et une partie des dépenses de soins des personnes âgées et des personnes handicapées. Conformément à 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, la Caisse assure depuis le 1^{er} janvier 2006 la répartition équitable sur le territoire national du montant des dépenses de financement des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes handicapées et financés par l'assurance maladie.

2005 est une année de montée en charge de la CNSA. La Caisse est classée comme un « organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base » au sens de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. En 2005, la CNSA a contribué pour un montant total de dépenses de 2,4 milliards d'euros : principalement à la consolidation du financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA, qui ne rentre pas dans le champ de la loi de financement) ; partiellement au financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées.

Si le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale couvre tout le champ de l'activité de la CNSA (dont les concours aux départements afin de financer l'APA), le champ de la loi de financement se limite à celui de ses relations avec les régimes de l'assurance maladie, c'est-à-dire le financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées et handicapées.

En 2005, la CNSA a perçu une année pleine du produit de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), qui a atteint 1,9 milliard d'euros. De plus, elle a perçu en 2005 0,1 point de CSG, ce qui représente 940 millions d'euros.

L'ensemble des produits de la CNSA a ainsi atteint 3 milliards d'euros en 2005. Compte tenu du niveau des dépenses 2005, le résultat de la CNSA est donc excédentaire en 2005 (+ 527 milliards d'euros). Ce résultat a été affecté aux réserves de la caisse (cf. *infra*, commentaire de l'article 2 du présent projet).

Le champ de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 se limite aux versements de la CNSA aux régimes d'assurance maladie destinés à participer au financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées et handicapées. Sur ce champ, les recettes et les dépenses s'équilibrent par construction.

Situation consolidée des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement en 2005

Pour appréhender la dimension réelle de la situation dégradée des comptes sociaux, il convient d'ajouter au déficit des régimes obligatoires de la sécurité sociale (donnée présentée par le 1° du présent article) celui des organismes concourant à leur financement (FSV et FFIPSA), donnée présentée par le 3° de l'article. Le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006 donne les chiffres suivants, révélateurs de la tendance très négative des finances des régimes de la sécurité sociale en 2005.

Le déficit 2005 des régimes obligatoires de la sécurité sociale et des fonds atteint - 14,2 milliards d'euros, contre - 12,2 milliards d'euros en 2004. Le déficit s'est creusé de plus de 15 %. Selon les calculs de la Cour des comptes, ce besoin de financement 2005 représente 4 % de l'ensemble des ressources des régimes de base.

• *Objectif national des dépenses de l'assurance maladie*

Le 4° du présent article propose d'approuver le montant des dépenses constatées en 2005 entrant dans le champ de l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM). Ce chiffre atteint 135,1 milliards d'euros. Cet objectif avait été fixé par la loi de financement pour 2005 à 134,9 milliards d'euros. L'article 8 de la loi de financement pour 2006 avait maintenu le montant de cet objectif. Le dépassement constaté par la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2006 correspond à 0,05 % de son montant initial.

Les lois de financement de la sécurité sociale ne fixent pas d'objectif national des dépenses de l'assurance maladie en pourcentage mais en valeur absolue. Le rapporteur souligne que c'est la première fois depuis 1997 que l'ONDAM est respecté en montant. Il convient de souligner cependant que le montant de la réalisation 2004 (la « base 2004 ») de l'ONDAM ayant été réévalué à la baisse, le taux d'augmentation de l'ONDAM atteint non pas + 3,2 % comme le prévoyait implicitement la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 mais + 4 %.

• *Dotations au Fonds de réserve des retraites : 1,5 milliard d'euros*

Conformément au 2° du A du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, le 5° du présent article propose d'approuver le montant de la

dotation 2005 au Fonds de réserve pour les retraites, soit 1,5 milliard d'euros, contre 2,2 milliards d'euros en 2004 (chiffre définitif donné par l'article premier de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006). Cette dotation 2005 correspond, à hauteur de 83 %, à la part du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital (1,27 milliard d'euros) et, à hauteur de 16,5 %, au reversement de l'excédent de la CNAV enregistré en 2004.

Hormis cette dotation, il convient de noter que le FRR a également perçu des revenus financiers en 2005, à la hauteur de 1,34 milliard d'euros. Ces revenus correspondent d'une part aux plus-values réalisées sur les placements des actifs faisant l'objet de mandats de gestion et d'autre part à la rémunération de comptes à terme et de comptes courants. Le FRR s'est vu confier en 2005 la gestion d'une partie de la soule des industries électriques et gazières – IEG (3 milliards d'euros).

Au 31 décembre 2005, selon les données de la Cour des comptes, le résultat cumulé s'établit à 21,2 milliards d'euros. Ce montant est équivalent au paiement de trois mois de prestations de la CNAV en 2005.

- *Dettes amorties par la CADES : 2,6 milliards d'euros*

Enfin, le 6° du présent article propose d'approuver le montant de la dette amortie par la CADES en 2005 : 2,6 milliards d'euros, contre 3,3 milliards d'euros en 2004.

Ce chiffre de 2,6 milliards d'euros correspond au principal de la dette sociale remboursé par la CADES en 2005. Il s'agit du produit annuel de la contribution au remboursement de la dette sociale – CRDS (5,18 milliards d'euros) à laquelle est soustraite la charge des intérêts, à hauteur de 2,55 milliards d'euros.

La diminution constatée en 2005 du montant de la dette amortie annuelle tient à la forte croissance des charges d'intérêts (près d'un milliard d'euros supplémentaire), elle-même liée aux reprises de dettes opérées à la fin de l'année 2004. En 2005, les charges financières augmentent de 61,5 % : en particulier, 33,3 millions d'euros de commissions ont été versés aux intermédiaires.

La diminution de l'amortissement annuel intervient alors que la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 et la croissance économique ont augmenté de près de 6 % le rendement de la CRDS entre 2004 et 2005. C'est la composante « produits de placement » de la CRDS qui augmente le plus significativement (+ 27 %).

À noter que c'est en 2005 qu'a eu lieu le dernier versement de la CADES à l'Etat au titre du service d'une ancienne dette de la sécurité sociale reprise par l'Etat (ces remboursements étaient comptabilisés au hors bilan de la CADES) ; à partir de 2005, l'ensemble des ressources de la CADES est utilisé au remboursement de la dette sociale inscrite à son bilan.

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 2005

Cet article propose d'approuver le rapport figurant en annexe A au présent projet. Ce document présente les mesures relatives à l'affectation des excédents ou à la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er} du présent projet (cf. commentaire, *supra*), des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2005. Il s'agit de la couverture des déficits constatés sur un exercice, et non de la couverture des déficits cumulés sur plusieurs exercices.

Selon les tableaux d'équilibre présentés à l'article 1^{er} du présent projet, toutes les branches des régimes obligatoires de la sécurité sociale sont en déficit en 2005. Le FSV comme le FFIPSA sont également en déficit.

Le présent article doit donc présenter le mode de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2005. Le terme de « *couverture* », employé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, recouvre une notion finalement assez vague. Elle confond les besoins de trésorerie (normalement couverts par des emprunts de très court terme, rapidement amortis) et les besoins structurels de financement.

Le rapport annexé au présent projet est divisé en deux parties :

– une partie consacrée aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ; en l'espèce, le rapport se limite au régime général et n'évoque pas les résultats des autres régimes de base (le cas du déficit du régime des exploitants agricoles étant traité dans le cadre du FFIPSA) ;

– une partie consacrée aux organismes concourant au financement de ces régimes, ce qui, pour l'exercice 2005, comprend le FSV, le FFIPSA et la CNSA.

Il y a lieu de distinguer la situation de la branche maladie du régime général, dont le déficit 2005 fait l'objet d'une reprise par la CADES, et les autres déficits, qui, en l'absence de mesures spécifiques, ont un impact considérable sur la trésorerie des organismes concernés.

1. Le régime général

• La branche maladie

Le rapport aborde d'abord la principale source du déficit de l'exercice 2005 pour le régime général et donc pour l'ensemble des régimes obligatoires de la sécurité sociale, le déséquilibre de la branche assurance maladie du régime général, soit un montant total de 8 milliards d'euros pour 2005. L'article 76 de la

loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie dispose : « *La couverture des déficits cumulés de la [branche maladie] arrêtés au 31 décembre 2003 et celui du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à hauteur de 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004. La couverture des déficits prévisionnels de la [branche maladie] au titre des exercices 2005 et 2006 prévus par les lois de financement de la sécurité sociale de ces mêmes années est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros.* »

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 relative à l'assurance maladie : en effet, les montants cumulés de déficits au 31 décembre 2004 ont atteint 33,31 milliards d'euros au lieu des 35 milliards d'euros prévus. La reprise de dette de 35 milliards d'euros intervenue à la fin de l'année 2004 a donc dépassé le niveau effectif de dettes de 1,69 milliard d'euros.

Compte tenu de cette « surcouverture », le rapport figurant en annexe A de la loi de financement pour 2006 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. En effet, la reprise de dette a eu lieu le 7 octobre 2005, après avis favorable du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, pour un montant de 6,6 milliards d'euros ⁽¹⁾. Ce montant correspond au déficit prévisionnel de 2005 de la branche maladie du régime général (– 8,3 milliards d'euros) auquel est soustraite l'« avance » de 1,69 milliard d'euros versée à la fin de 2004. Le chiffre définitif du déficit de l'assurance maladie en 2005 (– 8 milliards d'euros, soit 300 millions d'euros de mieux que la prévision) permettra de faire une ultime régularisation sur la reprise du déficit prévisionnel 2006.

Selon les calculs de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2006, la reprise de dette opérée en 2005 a permis d'économiser à l'ACOSS 825 millions d'euros de frais financiers sur cet exercice. La CADES a repris en 2004 pour 35 milliards d'euros de dettes et en 2005 6,6 milliards d'euros. Compte tenu du plafond de 15 milliards d'euros déterminé par l'article 76 de la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 (*cf. supra*), le montant maximal disponible en 2006 pour une ultime reprise de dettes de l'assurance maladie du régime général s'élève donc à 6,7 milliards d'euros.

(1) 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 (Journal officiel du 6 octobre)

- *Les branches vieillesse, accidents du travail–maladies professionnelles (AT-MP) et famille*

L'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale dispose que les excédents de la CNAV doivent être affectés au fonds de réserve des retraites (FRR). Cette disposition a été utilisée l'année dernière par la loi de financement pour 2006, qui a affecté au FRR l'excédent 2004 de la branche vieillesse du régime général (254,6 millions d'euros). Cette affectation est portée sur l'exercice 2005.

Cependant, la branche vieillesse ayant connu un déficit en 2005 (– 1,9 milliard d'euros), cette disposition ne trouvera pas à s'appliquer pour l'exercice 2006. La branche retraite du régime général ne bénéficie pas de la reprise de dette opérée pour la branche maladie. Ses besoins de financement, de plus en plus aigus au cours de l'année 2005, ont donc été couverts par des avances de trésorerie de la Caisse des dépôts et consignations, occasionnant des frais financiers importants, que la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2006 évalue à 91,7 millions d'euros.

Les déficits de la branche famille (– 1,3 milliard d'euros) et de la branche AT - MP (0,4 milliard d'euros) ne nécessitent pas de mesures spécifiques en raison de leur montant relativement bas.

Les déficits des branches autres que la branche maladie ont donc été financés par des mesures de trésorerie (emprunts de l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations) dans la limite du plafond d'avance fixé par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 : 13 milliards d'euros.

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

- *Le FSV*

Le FSV, que la loi n'autorise pas à recourir à des avances de trésorerie ou à des emprunts, a été conduit à différer le paiement de certaines des charges qui lui incombent afin de respecter l'obligation légale de présenter des comptes en équilibre. Depuis 2003, date où les réserves financières du FSV n'ont plus suffi à compenser le cumul des déficits, le choix du conseil d'administration a consisté à réguler les versements aux régimes de sécurité sociale au titre du chômage. Il a été en effet estimé qu'ils correspondent pour les régimes concernés à des dépenses théoriques, alors que les versements relatifs aux prestations (majorations familiales et minimum vieillesse) constituent la prise en charge de dépenses réelles et constatées.

Les conventions passées avec les régimes de base organisent les versements du FSV. Les avenants annuels fixent des acomptes périodiques calés

sur des estimations prévisionnelles. Des régularisations interviennent l'année suivante sur la base des dépenses constatées.

Afin de régler les dettes annuelles les plus anciennes, le FSV diffère le règlement des cotisations chômage dues à la CNAV et à la CCMSA en diminuant à due concurrence les montants des acomptes de l'année versés à ces deux organismes.

La régularisation du solde de 2004 a été faite au premier semestre de l'année 2006. La régularisation des acomptes 2005, estimée à 2,8 milliards d'euros, sera faite en 2007.

Ce phénomène est neutre sur la comptabilité du régime général, mais pas pour sa trésorerie. On peut estimer que compte tenu de la situation dégradée des comptes de la CNAV à partir de 2005, les difficultés du FSV sont en fait financées par l'augmentation des frais financiers payés par la branche vieillesse du régime général.

Le déficit cumulé du FSV (3,7 milliards d'euros à la fin de l'année 2005) a été inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

- *Le FFIPSA*

Le 1^{er} janvier 2005, le FFIPSA s'est substitué au budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) et a pris en charge la dette de ce dernier pour un montant de 3,2 milliards d'euros. En application de la loi de finances rectificatives pour 2005, cette dette a été apurée à hauteur de 2,5 milliards d'euros par un versement de l'Agence France Trésor ⁽¹⁾.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 autorise le Fonds de financement des prestations sociales agricoles à contracter des emprunts pour un montant maximal de 6,2 milliards d'euros. Compte tenu de la faculté d'emprunter dont dispose le FFIPSA, le déficit du FFIPSA ne pèse pas sur les comptes de la CCMSA. En raison des moyens administratifs et humains limités du FFIPSA, une convention conclue entre la CCMSA et le FFIPSA autorise la CCMSA à gérer la trésorerie et les relations avec les banques.

Selon les données fournies par le rapport d'activité 2005 du FFIPSA, l'encours d'emprunt atteint près de 4 milliards d'euros à la fin de l'année 2005. Ce chiffre n'inclut pas la reprise de dette opérée par l'Etat au début du mois de janvier 2006. Les charges financières payées au titre de 2005 ont atteint 78,3 millions d'euros.

(1) L'Agence France Trésor (AFT) chargée de la gestion de la dette et de la trésorerie de l'Etat, a été créée en 2001 par arrêté du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie (MINEFI), sous la forme d'un service à compétence nationale (SCN) placé sous l'autorité du directeur du Trésor (aujourd'hui "directeur général du Trésor et de la politique économique").

• *La CNSA*

Sur le champ de la loi de financement *stricto sensu*, la CNSA est en équilibre (cf. *supra*, commentaire de l'article 1^{er}). De manière un peu contradictoire avec l'article 1^{er} du projet de loi, qui se limite au champ de la loi de financement de la sécurité sociale, le rapport annexé appréhende la CNSA dans toutes ses activités et donne une indication sur l'utilisation de son excédent. L'excédent 2005 de 0,5 milliard d'euros de la CNSA a été reporté sur l'exercice 2006. Il a été affecté au financement d'investissements dans les établissements médico-sociaux (mise aux normes techniques).

*

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 2006

Section 1

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

Article 3

**Rectification pour 2006 des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre
des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes
concourant au financement des régimes obligatoires de base**

Conformément au 1^o du B du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article propose de rectifier pour 2006 les tableaux d'équilibre et les prévisions de recettes des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant à leur financement.

En coordination avec le présent article, l'article 7 du projet de loi propose de rectifier les prévisions pour 2006 des dépenses par branche de l'ensemble des régimes et du régime général : le commentaire de cet article (*cf. infra*) permettra de consacrer des développements spécifiques aux rectifications de dépenses pour 2006.

Les articles de la loi de financement pour 2006 concernés par les rectifications proposées par le présent article sont :

– l'article 26, qui fixe les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes, du régime général et organismes concourant au financement des régimes obligatoires de la sécurité sociale ;

– l'article 27, qui fixe le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes ;

– l'article 28 relatif au tableau d'équilibre du régime général ;

– l'article 29, qui présente le tableau d'équilibre 2006 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

1. L'impact du fonctionnement de la CNSA en 2006

Au préalable, il y a lieu de souligner l'impact du fonctionnement de la CNSA sur les prévisions et les rectifications des recettes et des tableaux d'équilibre en 2006, en particulier s'agissant de l'assurance maladie. En effet, on constate un écart important, en recettes comme en dépenses, entre les objectifs initiaux fixés par la loi de financement pour 2006 et les prévisions et objectifs rectifiés. Cet écart, qui peut dépasser 10 milliards d'euros, est la conséquence d'un nouveau schéma de comptabilisation des charges et produits de l'assurance maladie lié au fonctionnement de la CNSA. Ce schéma complexe, qui n'est pas vraiment de nature à simplifier les circuits de financement, n'était pas connu au moment de l'élaboration et l'examen du projet de loi de financement pour 2006.

En effet, en 2006, la CNSA n'est plus un organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base. L'ONDAM médico-social est intégré aux produits et charges de la CNSA. En 2006, la Caisse perçoit donc 11 milliards d'euros des régimes d'assurance maladie. Ces fonds correspondent à l'ONDAM médico-social. Ce montant est comptabilisé dans les comptes de la CNSA au titre des produits de gestion technique.

Ensuite, en sens inverse, 11,9 milliards d'euros sont versés aux régimes d'assurance maladie au titre des charges de prestations relatives aux établissements et services médico-sociaux, dont 11 milliards d'euros financés par l'ONDAM médico-social et 821 millions d'euros financés par l'apport propre de la CNSA. En 2006 est ainsi mis en place un objectif global de dépenses (OGD) délégué à la CNSA et financé d'une part par le montant d'ONDAM transféré par l'assurance maladie et d'autre part par l'apport propre de la CNSA.

Selon les informations transmises au rapporteur, cette double écriture comptable de transfert en charges et en produits serait neutre sur le solde des régimes d'assurance maladie. Elle conduit nécessairement à d'importantes rectifications sur les prévisions 2006.

2. Rectifications portant sur l'ensemble des régimes de base

Le 1^o du présent article concerne les rectifications proposées sur le champ de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Les prévisions de tableaux d'équilibre pour l'année 2006 de l'ensemble des régimes ont été fixées par l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Cet article 27 prévoyait notamment :

- un déficit de l'assurance maladie de – 7 milliards d'euros ;
- un déficit de l'assurance vieillesse de – 1,8 milliard d'euros ;
- un déficit tous régimes (hors fonds de financement) de – 10,1 milliards d'euros.

Il est proposé de rectifier le déficit tous régimes en adoptant une prévision de déficit beaucoup plus optimiste de – 8,8 milliards d'euros, en amélioration notable de plus de 12 % par rapport au chiffre initial. On remarque notamment que la prévision du déficit de l'assurance maladie tous régimes est significativement améliorée, passant de – 7 milliards d'euros à – 5,9 milliards d'euros. Le déficit de la branche vieillesse est également légèrement réduit, passant de – 1,8 milliard d'euros à – 1,6 milliard d'euros.

Selon les informations communiquées au rapporteur, l'amélioration de la prévision du solde « tous régimes » est liée à une modification dans la comptabilisation du déséquilibre du régime des exploitants agricoles. Dans la loi de financement pour 2006, le compte des exploitants agricoles présenté dans la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) apparaissait en déficit.

Cependant, le déficit apparaissait deux fois : une première fois dans le compte de la CCMSA (intégré à l'agrégat « résultat tous régimes ») et une deuxième fois dans le compte du FFIPSA, qui est chargé de financer ce régime. Dans le présent projet de loi, le compte du régime des exploitants agricoles est équilibré par l'inscription d'un produit à recevoir (PAR) du FFIPSA ; le déficit apparaît donc uniquement dans le compte du FFIPSA, dont les ressources ne permettent pas de financer les charges.

3. Rectifications portant sur le régime général

Le 2^o du présent article concerne les rectifications opérées sur le champ du régime général.

Les prévisions de tableaux d'équilibre pour l'année 2006 de l'ensemble des régimes ont été fixées par l'article 28 de la loi de financement pour 2006. Le présent projet propose une rectification des montants des déficits pour 2006.

Alors que la prévision du montant du déficit « tous régimes » est améliorée (*cf. supra*), les déficits du régime général se révèlent plus importants qu'anticipé lors du vote de la loi de financement pour 2006.

• *Le déficit du régime général, bien qu'un peu plus élevé que prévu en raison du déficit de la branche vieillesse, est en nette amélioration par rapport à 2005*

Le déficit 2006 du régime général de la sécurité sociale devrait atteindre 9,7 milliards d'euros ; la prévision initiale était de – 8,9 milliards d'euros. L'écart relatif est donc de près de 9 %. Cependant, il faut souligner que les prévisions relatives à l'évolution de la branche maladie du régime général sont particulièrement fiables : la branche verrait son déficit 2006 fixé à – 6 milliards d'euros, contre – 6,1 milliards d'euros dans les prévisions initiales.

L'essentiel de la rectification opérée par le présent article trouve sa source dans le déficit de l'assurance vieillesse, qui se monterait en 2006 à – 2,4 milliards d'euros, contre un objectif de – 1,4 milliard d'euros. En effet, les dépenses de l'assurance vieillesse sur l'année 2006 se sont révélées bien plus dynamiques que prévues par la loi de financement, occasionnant un dérapage de près de 70 % dans la prévision du solde 2006.

Les produits bénéficieraient de l'accélération de la masse salariale et d'une hausse de cotisation de 0,2 point au 1^{er} janvier 2006. En revanche, le ralentissement puis la baisse des transferts du FSV joueraient en sens inverse. Finalement, les produits de la branche ont dépassé d'environ 700 millions d'euros la prévision.

Dans l'ensemble, la croissance des produits (4,4 % en 2006) resterait en deçà de celle des charges (+ 4,9 %). L'évolution de ces dernières est marquée par un nombre de bénéficiaires de la mesure « carrière longue » plus élevé que prévu. Cependant, le rajeunissement de l'âge moyen à laquelle la pension est liquidée est la cause principale de la croissance inattendue des dépenses.

Dans les autres branches, l'accélération des recettes permet une stabilisation du déficit de la branche famille après la forte dégradation de 2005, et le retour à l'équilibre de la branche des accidents du travail.

Le solde de trésorerie de l'ACOSS était de – 6,9 milliards d'euros au 31 décembre 2005. Sa dégradation en 2006 atteindrait – 13,4 milliards d'euros hors reprise de dette par la CADES. Les insuffisances de paiement du FSV (qui pèsent sur la trésorerie de la CNAV) y contribueraient pour 1,5 milliard d'euros.

Même réajusté à la hausse, le déficit 2006 du régime général reste en forte amélioration par rapport au déficit 2005, qui a atteint – 11,6 milliards d'euros. Le déficit 2006 passe en dessous de la barre des 10 milliards d'euros, rompant avec une dynamique négative ayant conduit à enregistrer trois années consécutives de déficits supérieurs à 10 milliards d'euros. Par rapport à 2005, l'amélioration trouve sa cause principale dans le redressement de l'assurance maladie. Ce déficit a diminué de 5,6 milliards d'euros en deux ans. Le redressement est lié à une forte croissance des recettes et à un infléchissement sensible de la pente des dépenses.

• *Les recettes du régime général augmentent fortement en raison de l'évolution positive de la masse salariale et de l'augmentation des recettes issues des prélèvements sur les produits du capital*

La réduction du déficit du régime général s'explique par une augmentation plus forte des produits que des charges. Jusqu'en 2005, le taux d'augmentation des charges excède celui des produits ; ainsi, en 2003, les charges augmentent de 6 % et les produits de 3 %. Cette tendance s'inverse en 2005 et se poursuit en 2006 et 2007. En 2006, les produits augmentent de 5 % et les charges de 4,1 % ; l'écart correspondant atteint presque 1 % (contre 0,4 % en 2005 et 0,3 % en 2007). De ce point de vue, l'année 2006 est donc particulièrement bénéfique pour le régime général.

Si la forte progression des recettes de 2005 reflétait principalement les hausses de prélèvements intervenues au début de l'année 2005 au bénéfice de la CNAM en raison de l'application de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, celle de 2006 trouve sa source dans l'accélération de la masse salariale et la modification des modalités de taxation des plans d'épargne logement (PEL). Il ne s'agit pourtant pas là d'une recette pérenne puisque sur les 2,7 milliards d'euros qu'a procurés cette dernière mesure sur l'ensemble des prélèvements concernés (CSG, CRDS et prélèvement social de 2 %), 2,1 milliards d'euros sont dus exclusivement à l'assiette du stock de PEL ayant plus de dix ans, assiette qui diminuera nécessairement les années ultérieures. Pour 2007, d'autres sources de recettes doivent prendre le relais pour assurer des ressources suffisantes au régime général.

Le rendement de la disposition relative aux PEL et le dynamisme de la masse salariale ont été sous-évalués dans la loi de financement initiale :

– l'annexe à la loi de financement de 2006 relative au chiffrage des mesures nouvelles a estimé à 717 millions d'euros le produit pour le régime général de la mesure relative aux prélèvements sur les PEL ; or il apparaît, selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, que ce montant atteint 1,3 milliard d'euros pour le régime général et 2,1 milliards d'euros pour tous les régimes ;

– la masse salariale évoluerait en 2006 à un rythme de 4,3 %, contre 3,6 % envisagé lors du dépôt du projet de loi de financement pour 2006 et 3,7 % prévus lors de la Commission des comptes de la sécurité sociale réunie en juin dernier ; cette évolution procurerait 1,1 milliard d'euros supplémentaires par rapport aux prévisions.

Comme les exonérations de cotisations sociales augmentent fortement en 2006 en raison de la montée en charge de l'allègement unique (« allègement Fillon ») et de la multiplication des dispositifs d'exonération en faveur de publics particuliers, les cotisations versées par les entreprises sur les salaires progressent

moins vite que la masse salariale (3,9 % contre 4,3 %) malgré l'augmentation du taux de cotisation de retraite intervenue au 1^{er} janvier 2006.

Comme le note le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, une modification fiscale récente a par ailleurs une forte répercussion sur les prélèvements sociaux s'appliquant aux revenus du capital en 2006. En effet, la suppression de l'avoir fiscal se traduit à partir de 2006 par une perte annuelle de prélèvements sociaux estimée à 645 milliards d'euros (390 milliards d'euros pour le régime général). Aucune mesure n'est prévue sur l'exercice 2006 pour compenser cette perte de recettes pérenne.

4. Rectifications portant sur les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

L'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 fixait les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, le FSV et le FFIPSA ⁽¹⁾.

- *Le FVS voit sa situation s'améliorer plus rapidement que prévu*

En raison de la structure de ses produits et de ses charges, les finances du FSV sont très sensibles à la conjoncture économique et particulièrement au nombre de chômeurs indemnisés. Il était prévu en loi de financement pour 2006 un déficit de 1,5 milliard d'euros en 2006, marquant le début d'une amélioration de sa situation financière par rapport à 2005. Il est proposé de rectifier le montant de ce déficit à 1,2 milliard d'euros.

En 2006, les recettes du FSV sont en forte croissance. En particulier, le produit de la CSG, qui représente environ 80 % des ressources du FSV, est dynamique (+ 5,9 %) en raison du comportement de la masse salariale et de la mesure relative aux PEL.

Quant aux dépenses, elles sont stables en 2006. En effet, la baisse du chômage, conjuguée à une baisse du taux de couverture du régime d'assurance chômage, a diminué le nombre de chômeurs pris en charge de 230 000 en 2006. En outre, le coût moyen d'un chômeur pour le FSV augmenterait moins vite en 2006 qu'en 2005 en raison de la revalorisation du SMIC horaire, qui a été moins élevée en 2006 qu'en 2005. Les dépenses relatives aux prestations connaîtraient également un ralentissement grâce à la suppression du caractère « exportable » de l'une des composantes du minimum vieillesse à compter du 1^{er} janvier 2006, conséquence de l'article 76 de la loi de financement pour 2006.

(1) En 2006, la CNSA n'est plus un organisme concourant au financement des régimes obligatoires de base, cf. supra.

- *La prévision de déficit du FFIPSA est légèrement dégradée en 2006*

Le déficit du FFIPSA atteindrait –1,9 milliard d’euros en 2006, soit une réalisation légèrement dégradée par rapport à la prévision de la loi de financement pour 2006 (– 1,7 milliard d’euros).

5. Solde d’ensemble 2006

Pour avoir un aperçu de la situation financière prévisionnelle pour l’exercice 2006 de l’ensemble de la sécurité sociale au sens de la loi de financement, il faut consolider les chiffres rectifiés « tous régimes » avec les rectifications portant sur les recettes et les dépenses des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base. Cette donnée n’est pas livrée par le présent projet.

Situation consolidée des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement en 2006

Selon les calculs du rapport présenté lors de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, le solde d’ensemble (tous régimes et fonds) de la sécurité sociale atteindrait en 2006 – 11,8 milliards d’euros, contre – 14,2 milliards d’euros en 2005. L’amélioration est donc significative et égale à plus de 16 %.

*

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

Article 4

Rectification du montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d’aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

Cet article vise à rectifier à 60 millions d’euros pour l’année 2006, le montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d’aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

*

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

Article 5

Contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d’affaires hors taxes 2006 due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques

Le présent article propose de créer une contribution dite « de régulation » assise sur le chiffre d’affaires hors taxes 2006 réalisé auprès des pharmacies

d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières. Cette contribution serait due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques (dépositaires, grossistes) ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques et vendant directement les médicaments aux pharmacies.

1. Éléments de contexte

L'accès aux médicaments fait partie intégrante de l'accès aux soins. C'est la raison pour laquelle un maillage dense de pharmacies a été créé sur tout le territoire, aboutissant à un nombre d'officine par habitant particulièrement élevé au regard des comparaisons internationales.

Garantir l'accès aux médicaments suppose que tous les médicaments soient disponibles dans les 22 700 officines situées en France ; or, 75 % des médicaments sont vendus à moins d'une unité par mois et par pharmacie. Compte tenu du nombre très élevé de médicaments, les pharmaciens d'officine utilisent un système de distributions fréquentes (plusieurs livraisons quotidiennes) par les grossistes répartiteurs. Les autres entreprises assurant la vente en gros de médicaments, mais dans des proportions moindres, sont les dépositaires et certains laboratoires pharmaceutiques.

Les entreprises grossistes répartiteurs sont soumises à un cahier des charges particulièrement exigeant ; à titre d'exemple, ils doivent disposer d'un assortiment de médicaments comportant au moins neuf-dixièmes des présentations effectivement exploitées en France. Leur activité est très réglementée et leur rémunération est encadrée. Cependant, le niveau de leurs marges a souvent posé problème.

2. La motivation de la mesure

Le rapport annuel de juin 2006 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a consacré des développements au système de distribution des médicaments en France. Il souligne d'une part que l'organisation du système présente de grandes qualités en termes de distribution, de dispensation et d'accès rapide de la population à des médicaments efficaces et sûrs. Il relève d'autre part que le système actuel de distribution et de dispensation induit des coûts particuliers, estimés à environ 30 % du prix public hors taxe.

Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006 indique qu'en 2005, en moyenne, 71 % du prix public hors taxes (PPHT) des médicaments reviennent aux industriels, 23 % aux pharmaciens et 6 % aux grossistes. En considérant le prix public TTC et en incluant les marges arrière, la répartition devient 66 % pour les industriels, 25 % pour les pharmaciens, 3 % pour les grossistes et 6 % pour l'Etat.

Le rapport du HCAAM rappelle également que le mode de rémunération initial de la distribution et de la dispensation a eu longtemps un effet très

inflationniste sur les marges des distributeurs. Les réformes de la marge intervenues depuis 1990 (pour les pharmaciens) et 1999 (pour les grossistes) ont substitué au système de marge proportionnelle une formule dégressive par tranche de prix. Cependant, si le taux de marge moyen diminue, la marge brute a régulièrement continué d'augmenter, motivant des modifications supplémentaires visant à diminuer les marges de distribution et de dispensation.

S'agissant des grossistes répartiteurs, le taux de marge de la première tranche a été diminué en 2004 de 10,64 % à 10,30 %. Une troisième tranche de marge a été introduite au-delà de 150 euros. En 1991, une contribution sur le chiffre d'affaires a été instituée au profit de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Entre 1996 et 2004, cette contribution est passée de 100 millions d'euros à 291 millions d'euros et représente 1,8 % du chiffre d'affaires total des grossistes répartiteurs. Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, le produit de cette taxe a représenté 381 millions d'euros en 2005, 387 millions d'euros en 2006 et son produit prévisionnel pour 2007 devrait représenter 331 millions d'euros (dont 279 millions d'euros affectés à la CNAM).

Comme le souligne le rapport du Haut conseil, *« le choix d'une taxe de préférence à une baisse du taux de marge ne semble s'expliquer que par le souci de réserver aux régimes de base l'intégralité de l'économie (au lieu d'en partager le fruit avec les institutions qui gèrent les contrats de complémentaires). »*

Comme l'indique l'exposé des motifs du présent article, une baisse des marges serait justifiée, mais elle aura un rendement faible en 2006 du fait des délais de « revignettage » et d'écoulement des stocks aux anciens prix. C'est la raison pour laquelle la voie de la création d'une contribution a été choisie.

3. Le dispositif proposé

L'assiette de la taxe est le chiffre d'affaires hors taxes 2006 réalisé auprès des pharmacies. Cette assiette, dont le caractère quasi rétroactif est regrettable, fait cependant l'objet de modifications.

D'abord, le dispositif propose d'exclure de l'assiette le montant des ventes de médicaments orphelins. Ensuite, il est proposé de ne tenir compte que de la partie du prix de vente hors taxes inférieure à 150 euros, augmentée de la marge maximale que les entreprises concernées peuvent percevoir en application de l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale. Cette limite de 150 euros permettrait, selon les informations transmises au rapporteur, de taxer la part du prix du produit sur laquelle la marge est la plus importante (les grossistes dégagent une marge de 6 % sur la partie entre 22,9 et 150 euros).

Enfin, l'assiette de la contribution est composée de deux parts :

– La première part correspond au chiffre d'affaires hors taxe réalisé par l'entreprise au cours de l'année 2006 ; un taux de 0,28 % est appliqué à cette part.

– La seconde part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de 2006 et celui réalisé au cours de l'année 2005 ; un taux de 1,5 % est appliqué à cette part.

Si la partie de la contribution relative à la seconde part est négative, elle s'impute sur le produit de la première part, sans que la contribution totale puisse être négative. Le mécanisme proposé, similaire au dispositif de la taxe ACOSS, présente l'avantage de tenir compte de l'évolution de l'activité de l'entreprise entre 2005 et 2006. Si l'activité décline, le montant de la contribution s'en trouve réduit.

4. L'impact financier

La contribution sera recouvrée le 1^{er} septembre 2007. Si l'assiette est bien le chiffre d'affaires 2006 (et présente donc un certain caractère rétroactif), les opérateurs concernés disposent donc d'un long délai pour s'acquitter de la contribution.

Son produit sera bien pris en compte dans les chiffres définitifs de 2006. Son montant sera partagé entre les grossistes répartiteurs, les dépositaires et certains laboratoires pharmaceutiques. Les grossistes devraient payer la plus grande partie de la contribution (entre 35 et 40 millions d'euros).

La création de cette contribution exceptionnelle est l'une des mesures présentées par le gouvernement au début du mois de septembre et visant à poursuivre le redressement des comptes de l'assurance maladie. Le total des mesures présentées, qui portent principalement sur les dépenses, se monte à 350 millions d'euros. Le rendement attendu de la mesure proposée dans le cadre du présent article atteint 50 millions d'euros.

*

La commission a examiné trois amendements identiques de Mme Cécile Gallez, M. Georges Colombier et M. Olivier Jardé visant à exclure de l'assiette de la contribution les médicaments dont le prix fabricant est inférieur à un euro hors taxe.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a émis un avis défavorable en estimant qu'il serait difficile d'envisager une exclusion d'assiette visant les médicaments dont le prix fabricant serait fixé arbitrairement à un euro.

La commission a *rejeté* les trois amendements.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour les recettes et l'équilibre général** la commission a *rejeté* un amendement de M. Bruno Gilles visant à supprimer l'assiette de la contribution relative à l'accroissement du chiffre d'affaires.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a ensuite *rejeté* trois amendements identiques de Mme Cécile Gallez, M. Georges Colombier et M. Olivier Jardé, visant à exclure de l'assiette de la contribution visée à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale les médicaments dont le prix fabricant est inférieur à un euro hors taxe.

Puis la commission a *adopté* l'article 5 sans modification.

Article 6

Rectification pour 2006 de l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale – Rectification pour 2006 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 l'objectif d'amortissement de la dette sociale et le montant des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR). Ces deux prévisions étaient données par l'article 30 de la loi de financement pour 2006.

1. La CADES : 2,7 milliards d'euros de dette amortie en 2006

L'objectif 2006 d'amortissement de la CADES se montait à 2,4 milliards d'euros. Le présent projet propose de prévoir un objectif rectifié d'amortissement de 2,7 milliards d'euros, soit un accroissement de plus de 12 % par rapport à la prévision initiale.

Le décret n° 2006-1214 du 4 octobre 2006 fixant les modalités de la reprise par la CADES du déficit prévisionnel de la branche maladie du régime général pour 2006 fixe à 5,7 milliards d'euros le montant net du transfert de l'ACOSS à la CADES. En effet, le déficit prévisionnel pour 2006 de la CADES est de 6 milliards d'euros (cf. *supra*, commentaire de l'article 3).

Cependant, il y a lieu d'opérer une régularisation de 0,3 milliard d'euros correspondant à l'écart mentionné entre le déficit définitif de l'assurance maladie 2005 (– 8 milliards d'euros), et le déficit prévisionnel 2005 (– 8,3 milliards d'euros) ayant servi de base au transfert de dettes à la CADES à la fin de l'année 2005.

Sur les premiers mois de 2006, selon le rapport annuel 2005 de la CADES, la caisse a continué à transformer son endettement à court terme en émettant des titres à plus long terme (titres à échéances 2016 et 2021). Les montants empruntés par la CADES en 2006 atteindraient 27 milliards d'euros. La CADES serait ainsi le huitième émetteur souverain ou quasi-souverain en Europe ; à titre comparatif, la CADES emprunterait en 2006 environ deux fois plus que le Portugal ou l'Autriche.

Au 31 juillet 2006, l'endettement de la CADES est constitué à 24,6 % de dette à taux révisable, 57,4 % de dette à taux fixe et 18 % de dette indexée sur l'inflation. Près de 45 % de la dette sont à un à cinq ans, 53 % au-delà de cinq ans. Selon le rapporteur, cette structure de dette permet d'envisager sans inquiétude excessive l'augmentation sans doute inévitable des taux d'intérêts en 2007.

Le montant des frais d'exploitation de la CADES atteint environ 2,5 millions d'euros (chiffre tiré du rapport d'activité 2005 de la CADES), dont 0,57 million d'euros de salaires et traitements. Le tableau des emplois est inchangé depuis 2002. Le rapporteur note avec satisfaction que, selon le rapport d'activité 2005, des négociations entamées avec les trois agences chargées de noter la CADES ont permis de réduire significativement le montant des dépenses.

La CADES n'a pas encore pu évaluer la baisse de recettes due à la loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 pour la confiance et la modernisation de l'économie. L'article 1^{er} de la loi modifie les conditions d'application de l'article 125-0 A du code général des impôts. La transformation d'un contrat d'assurance-vie libellé en euros en contrat d'assurance-vie libellé en unités de compte n'entraîne plus une novation constitutive d'un dénouement du contrat, générateur d'une imposition. La loi permet donc aux détenteurs de contrats en euros de les transformer sans pénalités en contrats en unités de comptes. Le report du prélèvement social en fin de vie du contrat provoquera une légère baisse de l'assiette de la CRDS, baisse qui n'a pas été chiffrée avant l'adoption de l'article.

L'article 73 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006 modifie l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Il autorise l'Etat à émettre des titres au nom de la CADES. Cette disposition est motivée par la légère prime de risque – le *spread* – que supporte la CADES par rapport à l'Etat, les marchés financiers estimant que la signature de l'Etat est légèrement plus sûre que celle de la CADES ⁽¹⁾. Le décret prévu pour appliquer cette disposition n'a pas encore été pris.

2. Le FRR : 1,5 milliard d'euros de recettes affectées

Il est proposé d'adopter un objectif révisé d'affectation de recettes au FRR de 1,5 milliard d'euros. L'article 30 de la loi de financement pour 2006 prévoyait une dotation au FRR de 1,4 milliard d'euros, contre 1,5 milliard d'euros en 2005.

Pour 2006, l'unique ressource du FRR réside dans la part du prélèvement social de 2 %. Le produit des placements financiers réalisés devrait atteindre à la fin de l'année 2006 1,26 milliard d'euros. Les réserves constituées à cette date devraient s'élever à 23,47 milliards d'euros, hors soultte des industries électriques et gazières (IEG) et plus-values latentes.

*

(1) Le Sénat estime le coût de cette prime à « quelques dizaines de millions d'euros » (rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) du Sénat : « La dette sociale :

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

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 7

Rectification pour 2006 des objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général

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 2006 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du régime général.

Le **I** du présent article concerne l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

Le tableau suivant fait le point sur les rectifications opérées pour 2006 s'agissant de l'ensemble des régimes.

Rectifications des objectifs de dépenses par branche 2006 pour l'ensemble des régimes de base

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses initiaux (loi de financement pour 2006)	Objectifs de dépenses rectifiés (projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007)	Évolution en %
Maladie	153,4	165,2	+ 5,9
Vieillesse	161	162,7	+ 1,1
Famille	53,3	53,6	+ 0,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,1	11,1	0
Toutes branches	373,7	387,6	+ 3,7

Source : projet de loi et commission des affaires culturelles, familiales et sociales

On constate que le montant total des dépenses « tous régimes » est réévalué à la hausse d'environ 3,7 %, ce qui est considérable. Cependant, la rectification de l'objectif de dépenses de la branche maladie doit être appréciée en fonction de la mise en place de la CNSA en 2006 (*cf.* commentaire de l'article 4, *supra*). C'est principalement l'évolution des dépenses de la branche vieillesse qui est revue à la hausse.

Le **II** du présent article concerne le régime général.

Le tableau suivant fait le point sur les rectifications opérées pour 2006.

Rectifications des objectifs de dépenses par branche 2006 pour le régime général

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses initiaux <i>(loi de financement pour 2006)</i>	Objectifs de dépenses révisés <i>(projet de loi de financement pour 2007)</i>	Évolution en %
Maladie	131,9	142,7	+ 8,2
Vieillesse	83,1	84,7	+ 1,9
Famille	52,8	53,3	+ 0,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,9	9,8	- 1
Toutes branches	263,7	285,6	+ 7

Source : projet de loi et commission des affaires culturelles, familiales et sociales

La rectification des dépenses de la branche maladie et du solde des dépenses « toutes branches » fait l'objet de la même remarque relative à la mise en place de la CNSA (cf. commentaire de l'article 3, *supra*).

S'agissant de l'ONDAM 2006, selon le rapport présenté lors de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, l'objectif fixé pour 2006, soit 140,7 milliards d'euros, serait dépassé d'environ 700 millions d'euros, soit une rectification inférieure à 0,5 % du montant initial. L'inflexion des dépenses concerne principalement les indemnités journalières et les dépenses de médicaments.

Il convient de relever que les charges de la branche vieillesse du régime général sont rectifiées à la hausse de près de 2 %, pour un montant total de dépenses supplémentaires de 1,6 milliard d'euros.

*

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

Article 8

Rectification pour 2006 du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Cet article propose de fixer à 141,3 milliards d'euros le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) rectifié pour l'année 2006.

*

La commission a *adopté* l'article 8 sans modification.

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

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2007

Article 9

Approbation du rapport figurant en annexe B et décrivant pour 2007-2010 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^o du C du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article propose d'approuver le cadrage pluriannuel des dépenses et des recettes de la sécurité sociale sur la période couvrant les années 2007 à 2010.

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.* »

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 2007 à 2010, en adoptant une perspective optimiste et une perspective pessimiste ;
- des prévisions de recettes et de dépenses 2007-2010 pour l'ensemble des régimes, le régime général et les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

1. Les hypothèses : le scénario « rose », le scénario « noir »

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 des développements sur la programmation pluriannuelle des finances publiques pour 2008-2010. Cette programmation s'appuie sur deux scénarios alternatifs. Le scénario dit « bas » (pessimiste) repose sur une hypothèse de croissance prudente de 2,25 % par an, soit à peu près le montant de la croissance potentielle française compte tenu des évolutions démographiques. Le scénario dit « haut », qui comporte une croissance annuelle moyenne de 3 %, intègre l'effet positif des

réformes menées par le gouvernement et particulièrement celle visant à augmenter le taux de participation de la population en âge de travailler.

Pour les comptes sociaux, le projet de loi de financement pour 2006 présentait un scénario intermédiaire entre les scénarios optimiste et pessimiste. Cette option présentait l'inconvénient de ne pas connaître l'effet des scénarios économiques les plus extrêmes sur les comptes sociaux.

Or, contrairement à l'année précédente, le rapport annexé présente bien l'évolution des comptes des régimes et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base dans les deux scénarios, le scénario optimiste et le scénario pessimiste. Présenter les deux branches du scénario économique, en cohérence avec l'annexe au projet de loi de finances, répond ainsi à une demande exprimée par le rapporteur lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Ces scénarios proposés s'appuient sur les hypothèses moyennes suivantes annuelles sur la période.

Hypothèses d'évolution / moyennes sur la période 2008-2010

	Scénario haut	Scénario bas
PIB volume	3,0 %	2,25 %
Masse salariale du secteur privé	5,2 %	4,4 %
ONDAM	2,5 %	2,2 %
Inflation hors tabac	1,75 %	1,75 %

Ces hypothèses appellent les remarques suivantes.

Le scénario des comptes de l'ensemble des régimes de base n'intègre pas le déficit du FFIPSA ; en effet, l'annexe explique que « *le déficit de ce fonds ne se retrouve pas au sein des comptes de l'ensemble des régimes de base, puisqu'avec la mise en place du FFIPSA en 2005, le régime des non salariés agricoles comptabilise un produit à recevoir du FFIPSA* ». C'était déjà le cas en 2006. De plus, les prévisions sont données « à droit constant », sans que soient prises en compte d'éventuelles modifications législatives ou des affectations de recettes nouvelles aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et aux organismes concourant à leur financement.

Il importe également de distinguer les déficits ou excédents annuels des besoins de financement. En effet, si un organisme ou un régime accumule des déficits pendant quelques années, il augmente chaque année son besoin de financement. Après des années de déficits, un retour à l'équilibre permet de stabiliser le besoin de financement. Pourtant, seuls de nombreux, réguliers et larges excédents pourront combler le besoin de financement accumulé pendant des années de déficit.

La prévision relative à l'ONDAM (+ 2,2 à 2,5 %), très ambitieuse, peut être tenable. Si les efforts de maîtrise médicalisée ne faiblissent pas sur la période considérée, ces chiffres permettent de financer l'augmentation inévitable des dépenses de santé remboursables liée au vieillissement de la population. De plus, la réalisation de l'ONDAM en 2006 (2,7 %) comme l'objectif 2007 (+ 2,5 %) s'inscrivent dans cette perspective.

Si la prévision relative à l'inflation paraît fondée, la prévision d'évolution de la masse salariale apparaît optimiste. En effet, le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale estime que, sur longue période, la masse salariale croît à un rythme d'environ 4 % par an. Or, dans l'annexe, la prévision est de + 5,2 % dans le cas optimiste et + 4,4 % dans le cas pessimiste. Selon le rapport économique et financier joint au projet de loi de finances, la masse salariale augmentera de 4,7 % en 2007. Apparaît également optimiste l'évolution relative du PIB en volume et de l'ONDAM : dans la configuration proposée, l'ONDAM en valeur progresse moins rapidement que le PIB.

Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006 donne des indications très intéressantes sur la sensibilité des comptes du régime général aux hypothèses économiques. Ainsi, la hausse d'un point de la croissance de la masse salariale représente une somme de 1,74 milliard d'euros et la hausse de 0,1 point d'inflation représente une dépense supplémentaire de 100 millions d'euros via la revalorisation des prestations.

2. Le scénario « rose » : le régime général en équilibre dès 2009

• Les branches du régime général

Dans le scénario optimiste, après un point bas en 2007 (– 8 milliards d'euros), le solde du régime général atteindrait l'équilibre dès 2009. Il serait excédentaire de 4,7 milliards d'euros en 2010. La branche famille devient excédentaire en 2008 La branche maladie devient excédentaire en 2009. Le point noir reste l'équilibre de la branche retraite : la branche reste dans le rouge dans toute la période.

• Les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Le FSV, très sensible à la conjoncture et aux chiffres de l'emploi, voit son déficit diminuer sensiblement de 2007 à 2008. Les années 2009 et 2010 seraient des années d'équilibre. Quant au FFIPSA, son déficit se stabilise à environ – 2,1 milliards d'euros.

Dans ce scénario, la dépense sociale (y compris les dépenses d'assurance chômage et tous les régimes de retraite obligatoire) augmenterait en moyenne de 1 % en volume par an. Les déficits cumulés sur les années 2008 à 2010 atteindraient 7 milliards d'euros.

3. Le scénario « noir » : le régime général dégage son premier excédent en 2010

- *Les branches du régime général*

Dans le scénario pessimiste, le régime général atteindrait l'équilibre en 2010. Le point le plus bas serait atteint en 2007 (– 8 milliards d'euros). La branche maladie atteindrait juste l'équilibre en 2009 et deviendrait excédentaire de 2,6 milliards d'euros en 2010. La branche vieillesse verrait son déficit s'aggraver ; 2009 et 2010 verraient les déficits culminer à plus de 5 milliards d'euros.

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

Le déficit du FSV diminuerait de manière constante et serait à l'équilibre en 2009 et 2010. Les déficits du FFIPSA se stabiliseraient à – 2,2 milliards d'euros.

Dans ce scénario, la dépense sociale (y compris les dépenses d'assurance chômage et tous les régimes de retraite obligatoire) augmenterait en moyenne de 1,1 % en volume par an. Les déficits cumulés sur les années 2008 à 2010 atteindraient 17 milliards d'euros.

4. Les différences entre l'annexe B à la loi de financement pour 2006 et l'annexe B au projet de loi de financement pour 2007

L'annexe B à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 couvre la période 2006-2009 ; l'annexe B au présent projet de loi couvre la période 2007-2010. Il a donc paru intéressant au rapporteur de les comparer sur la période 2006-2009, sur le champ du régime général, en examinant les trois soldes les plus significatifs (régime général, maladie et vieillesse) et en rappelant la prévision faite par la loi de financement pour 2006 (« P. 2006 ») et la prévision faite par le présent projet (« P. 2007 »). Pour 2008 et 2009, le rapporteur a pris comme base de comparaison le scénario optimiste de 2007 et l'unique scénario présenté en annexe de la loi de financement pour 2006. Les prévisions ou réalisations plus pessimistes que celles données par la loi de financement pour 2006 sont ombrées.

Prévisions pluriannuelles des comptes du régime général 2006-2009

En milliards d'euros

	2006		2007		2008		2009	
	Prévu	Réalisé ⁽¹⁾	P. 2006	P. 2007	P. 2006	P. 2007	P. 2006	P. 2007
Solde maladie	– 6,1	– 6	– 3,5	– 3,9	– 1,7	– 1,3	+ 0,6	+ 1,6
Solde vieillesse	– 1,4	– 2,4	– 1,7	– 3,5	– 1,8	– 4,1	– 2,2	– 3,8
Solde régime général	– 8,9	– 9,7	– 6,5	– 8	– 4,2	– 4,7	– 1,8	0

⁽¹⁾ Réalisations correspondant aux rectifications portant sur l'exercice 2006

NB : Prévu 2006 = prévision faite par la loi de financement pour 2006 ; Prévu 2007 = prévision faite par le projet de loi de financement pour 2007

Source : *commission des affaires culturelles, familiales et sociales*

Comme on le constate, l'annexe au présent projet rectifie les prévisions sur 2008 et 2009 en prévoyant – même dans le cas optimiste – une dégradation des comptes de la branche vieillesse beaucoup plus forte qu'attendue. Selon les explications données par l'annexe, elle serait imputable à l'anticipation du départ en retraite de certains travailleurs et au grand nombre de bénéficiaires de la mesure relative aux carrières longues. Ces projections mettent donc en évidence l'importance du rendez-vous de 2008 prévu par la loi portant réforme des retraites. En revanche, dans le cas optimiste, la branche maladie dégagerait des résultats encore meilleurs qu'anticipé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

*

La commission a *adopté* l'article 9 sans modification.

Section 1

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

Article 10

Assiette des cotisations et contributions sociales des professions indépendantes

Cet article vise à modifier l'assiette des cotisations et contributions sociales des professions indépendantes afin de neutraliser l'impact de la réforme de l'impôt sur le revenu opérée par la loi de finances pour 2006. Il propose également d'assujettir à la contribution sociale généralisée l'intéressement éventuellement versé aux non-salariés (agricoles et non agricoles). Enfin, l'article vise à réintégrer dans l'assiette des cotisations et contributions sociales les revenus des dirigeants des entreprises installées en zones franches urbaines ou dans des zones de recherche et de développement d'un pôle de compétitivité.

L'assiette des cotisations finançant les régimes de la sécurité sociale (cotisations sociales et CSG) est pratiquement identique à l'assiette de l'impôt sur le revenu. De manière générale, il apparaît que les modifications portant sur l'assiette fiscale sont rarement répercutées immédiatement sur l'assiette sociale. Le présent article vise donc à réparer cet oubli et à aboutir à une quasi-identité entre les deux assiettes.

Le présent article concerne successivement le code de la sécurité sociale (I), le code rural (II) et le code général des impôts – CGI (III).

Le I du présent article propose de modifier le code de la sécurité sociale afin de procéder à une triple adaptation :

– L’assiette des cotisations sociales dues par les travailleurs indépendants (A du I) ;

– L’assiette de la CSG due par les travailleurs indépendants et les employeurs (B du I) ;

– L’assiette de la CSG due par les exploitants agricoles (C du I).

Le A du I vise à neutraliser l’impact de la réforme de l’impôt sur le revenu sur l’assiette des cotisations sociales portant sur les revenus d’activité des professions indépendantes. Il réintègre également dans l’assiette des cotisations et contributions sociales les revenus des dirigeants des entreprises installées en zones franches urbaines ou dans des zones de recherche et de développement d’un pôle de compétitivité.

1. Les conséquences de la réforme de l’impôt sur le revenu

La loi de finances pour 2006 procède à une réforme profonde de l’impôt sur le revenu. Ses articles 75 et 76 disposent qu’à compter de l’imposition des revenus de 2006 (ce qui concerne l’impôt payé en 2007), le nombre des tranches du barème de l’impôt sur le revenu diminue de sept à cinq. À compter de cette même date, l’abattement de 20 %, jusqu’alors déductible de certains revenus nets de charges, est supprimé. Cette suppression s’accompagne d’une diminution des taux marginaux et d’un ajustement des limites de tranches de l’impôt sur le revenu. Cet abattement de 20 % sur l’assiette des revenus était autrefois réservé aux seuls traitements et salaires et, sous certaines conditions, à d’autres revenus d’activité ; s’agissant des revenus non salariaux des professions indépendantes, le passage par une structure agréée permettait de profiter de cet abattement.

Afin de tirer les conséquences de la suppression de l’abattement de 20 % et de conserver le décalage existant entre les revenus qui ouvraient droit à l’abattement et ceux qui n’ouvraient pas droit à l’abattement, certaines mesures de correction ont donc été apportées par le législateur. Ainsi, le 7 de l’article 158 du CGI, qui concerne le calcul de l’assiette de l’impôt sur le revenu, précise que s’applique désormais aux revenus et charges un coefficient multiplicateur de 1,25. Ce coefficient s’applique aux titulaires de revenus passibles de l’impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou des bénéfices non commerciaux (BNC) ou des bénéfices agricoles (BA), réalisés par des contribuables soumis à un régime réel d’imposition qui ne sont pas adhérents d’un centre de gestion ou d’une association agréés⁽¹⁾. L’application de ce coefficient permet, sur le plan fiscal, de compenser la suppression de l’abattement pour des revenus qui avant l’application de la loi de finances pour 2006, ne bénéficiait pas de cet abattement.

(1) à l’exclusion des membres d’un groupement ou d’une société mentionnés aux articles 8 à 8 quinquies et des conjoints exploitants agricoles de fonds séparés ou associés d’une même société ou groupement adhérent à l’un de ces organismes.

2. La motivation des dispositions proposées

Le revenu professionnel servant d'assiette aux cotisations et contributions de sécurité sociale des professions indépendantes correspond, sous certaines réserves, au revenu retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu (IR). Le but est de ne pas pénaliser les travailleurs indépendants concernés par les mesures de correction d'assiette prises dans le cadre de la réforme du barème de l'impôt sur le revenu. Il est donc proposé de neutraliser la hausse mécanique de l'assiette de cotisations et contributions de sécurité sociale qu'entraîneraient l'application mécanique de la suppression de l'abattement et l'application d'un coefficient multiplicateur de 1,25.

Le A du I propose également une modification relative aux revenus des dirigeants des entreprises situées dans des zones franches urbaines (ZFU) ou dans des zones de recherche et de développement de pôle de compétitivité. Dans le droit en vigueur, ces revenus, qui font l'objet d'une exonération de l'impôt sur le revenu, font également l'objet d'une exonération du paiement de la CSG et des cotisations sociales. Il convient donc de corriger cet état de fait en laissant l'exonération fiscale mais en soumettant ces revenus à la CSG et aux cotisations sociales.

3. Le dispositif proposé

Le premier alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale définit l'assiette des travailleurs non salariés non agricoles et les cotisations d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales comme le « *revenu professionnel non salarié* » (ou, le cas échéant, les revenus forfaitaires). Le deuxième alinéa, dans sa rédaction en vigueur, dispose que le revenu professionnel pris en compte est celui retenu pour le calcul de l'IR *avant* la prise en compte d'un certain nombre de déductions, abattements et exonérations, dont les dispositifs suivants :

- allègement fiscal mentionné par l'article 44 *sexies* du code général des impôts (entreprises nouvelles) ;
- allègement fiscal mentionné par l'article 44 *septies* du code général des impôts (reprise d'entreprise industrielle en difficulté) ;
- allègement fiscal mentionné par l'article 44 *octies* du code général des impôts (exonération sur les bénéfices en zones franches urbaines) ;
- déduction des cotisations sociales complémentaires facultatives ;
- abattement accordé aux adhérents des centres et association de gestion agréés.

Il est proposé de réécrire le deuxième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale. La rédaction proposée ajoute les exonérations visées aux deux articles suivants :

– article 44 *octies* A du CGI : il s'agit des activités dans les zones franches urbaines, dispositif créé par la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances ;

– article 44 *undecies* du CGI : il s'agit du dispositif relatif aux pôles de compétitivité.

Ces deux ajouts permettent d'inclure dans l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale les revenus des dirigeants des entreprises installées en zones franches urbaines ou dans des zones de recherche et de développement d'un pôle de compétitivité. Cela permet notamment à ces personnes, exonérées temporairement de l'impôt sur le revenu, de pouvoir cotiser aux régimes de retraites.

Il est enfin proposé que, pour calculer l'assiette des revenus soumis à cotisations, il ne soit pas tenu compte du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du CGI. Ce coefficient continuera donc à s'appliquer en matière fiscale afin de compenser la suppression de l'abattement, mais son effet sera neutralisé pour calculer l'assiette du revenu professionnel soumis aux cotisations sociales.

Le B du I du présent article vise à modifier le premier alinéa de l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale afin de neutraliser l'impact de la réforme de l'impôt sur le revenu intervenue en 2005 sur la définition de l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) due par les employeurs et les travailleurs indépendants.

Le premier alinéa de l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale soumet de manière générale à la CSG le « revenu professionnel » des employeurs et travailleurs indépendants.

Le deuxième alinéa de l'article définit l'assiette de la CSG s'agissant des revenus professionnels des employeurs et travailleurs indépendants. Il est proposé de modifier ce deuxième alinéa afin que la contribution soit assise sur les revenus déterminés par application des dispositions de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale. Compte tenu de la rédaction de l'article L. 131-6 proposée plus haut, cela permet d'aligner l'assiette de la CSG sur l'assiette des cotisations sociales et donc d'éviter l'application du coefficient multiplicateur de 1,25.

La nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale permet en outre de prendre en compte une modification issue de la loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 pour la confiance et la modernisation de l'économie et permettant qu'un intéressement soit versé aux mandataires sociaux relevant des régimes des travailleurs non salariés, agricoles et non agricoles. Or,

l'intéressement, s'il n'entre pas dans l'assiette des cotisations sociales, fait bien l'objet d'un prélèvement au titre de la CSG. Il est donc proposé d'intégrer les sommes versées au titre des articles L. 441-4 et L. 443-8 du code du travail dans l'assiette de la CSG.

Le C du I du présent, qui vise l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, propose de procéder aux mêmes modifications que celles présentées par le B du I s'agissant de la définition de l'assiette de la CSG due par les exploitants agricoles.

Le II du présent article propose de modifier dans le même sens l'article L. 731-15 du code rural, qui définit l'assiette des cotisations dues au régime de protection sociale des exploitants agricoles. La modification concerne le troisième alinéa et prévoit d'écarter l'application du coefficient multiplicateur de 1,25.

Enfin, le III du présent article propose de modifier le code général des impôts (CGI). Il vise à ce que les taux d'abattement forfaitaire appliqués au chiffre d'affaires ou aux recettes des contribuables titulaires de bénéfices industriels et commerciaux ou de bénéfices non commerciaux relevant des régimes dits « micro » fixés par les articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts soient augmentés afin de revenir à des niveaux très proches de ceux applicables avant la réforme du barème de l'impôt réalisée par la loi de finances pour 2006.

Le III du présent article propose de modifier le troisième alinéa de l'article L. 731-15 du code rural, qui procède à la définition de l'assiette des cotisations sur les revenus professionnels, afin de préciser qu'il n'est pas tenu compte du coefficient multiplicateur de 1,25 mentionné plus haut.

Le IV du présent article propose que les modifications du calcul de l'assiette s'appliquent pour la première fois pour l'imposition des revenus et le calcul des cotisations et contributions dues au titre des revenus de l'année 2006, c'est-à-dire aux impôts payés en 2007. L'impact financier de la disposition proposée sera très réduit puisqu'elle vise essentiellement à maintenir les règles existantes (ou l'effet de ces règles) relatives à l'assiette de la CSG et des cotisations sociales.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Puis la commission a *adopté* l'article 10 ainsi modifié.

Après l'article 10

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian visant à modifier l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale afin d'exclure de

l'assiette des cotisations sociales les contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire.

M. Bruno Gilles a indiqué qu'il s'agit de permettre aux partenaires sociaux, au sein de chaque entreprise, de négocier la prise en charge de ces cotisations, afin notamment d'augmenter les salaires nets.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a émis un avis défavorable, soulignant que l'amendement proposé a pour conséquence de diminuer encore plus l'assiette des cotisations sociales. Il est contradictoire avec un amendement des mêmes auteurs à l'article 21 et visant à ce que l'Etat compense intégralement les exonérations. Il convient par ailleurs de clairement distinguer les ressources de l'Etat de celles de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 11

Extension du bénéfice de l'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (ACCRE)

Le présent article vise à étendre le bénéfice de l'aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d'entreprise (ACCRE).

Le dispositif proposé consiste à étendre le bénéfice de l'ACCRE aux créateurs et repreneurs d'entreprises en zone urbaine sensible (ZUS) et aux allocataires du complément de libre choix d'activité (CLCA). Le présent article permet également à tous les créateurs d'entreprises d'être affiliés immédiatement au régime de protection sociale dont ils relèvent en fonction de leur statut (régime social des indépendants ou régime général).

1. Le dispositif existant

L'ACCRE, créée en 1979, a pour but d'encourager la création ou la reprise d'entreprises afin de favoriser la création d'emplois. Pour bénéficier de ces avantages, il faut une création ou une reprise d'une entreprise artisanale, industrielle, commerciale ou agricole. L'exercice d'une profession indépendante est accepté. L'octroi de l'aide est conditionné au contrôle effectif de l'entreprise par le bénéficiaire et à la viabilité du projet, viabilité appréciée par un comité départemental. Le public visé est les chômeurs indemnisés ou susceptibles de l'être, les demandeurs d'emploi non indemnisés inscrits à l'ANPE pendant six mois au cours des dix-huit derniers mois, les bénéficiaires de minima sociaux, les jeunes de moins de trente ans éligibles aux nouveaux services emplois jeunes, les jeunes embauchés au titre des nouveaux services emplois jeunes dont le contrat de travail est rompu, les salariés reprenant leur entreprise en redressement judiciaire et les bénéficiaires d'un contrat d'appui au projet d'entreprise. La mesure a concerné 70 000 personnes en 2005.

L'ACCRE est constituée de diverses aides accordées à ces créateurs ou repreneurs d'entreprises : maintien du versement des minima sociaux, aides diverses de l'Etat et exonération de cotisations sociales.

L'exonération accorde aux créateurs ou repreneurs d'entreprises une franchise de cotisations de sécurité sociale, fixée par décret à douze mois. Cette franchise s'applique à la fraction de revenu inférieure à 1,2 SMIC. En cas de maintien des droits dans le régime d'affiliation précédent, disposition applicable aux chômeurs indemnisés, l'exonération porte sur la totalité des revenus.

Depuis le 28 mai 2005 et en application de la loi n° 2005-32 de programmation pour la cohésion sociale du 18 janvier 2005, cette durée est prolongée dans la limite de 36 mois lorsque l'entreprise créée ou reprise est une micro-entreprise ou relève du régime déclaratif spécial au titre des bénéficiaires industriels et commerciaux (BIC) ou du régime « micro – BNC », dispositifs visés par les articles 50-0 ou 102 *ter* du code général des impôts. L'exonération est alors totale ou partielle selon le niveau de revenu professionnel du bénéficiaire de l'aide, dans les conditions précisées par le décret n° 2005-792 du 27 mai 2005. L'exonération de cotisations de sécurité sociale est totale lorsque le revenu est inférieur au RMI garanti pour une personne seule ; lorsque le revenu est inférieur au SMIC, l'exonération est totale sur la partie du revenu inférieure au RMI et porte sur la moitié des cotisations pour la fraction du revenu comprise entre le RMI et le SMIC.

2. La motivation de la mesure proposée

La politique du gouvernement en faveur de l'emploi s'est notamment traduite par la loi n° 2003-721 du 1^{er} août 2003 pour l'initiative et la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises. Le présent article vise à conforter ce mouvement en proposant de compléter la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale sur deux points.

Il s'agit d'une part de proposer d'étendre le bénéfice de l'ACCRE aux projets de créations d'entreprises dans les zones urbaines sensibles (ZUS), territoires particulièrement touchés par le chômage, et aux allocataires du congé libre choix d'activité (CLCA), dont le retour à l'emploi est parfois difficile. Il s'agit d'autre part de proposer une prolongation de vingt-quatre mois du bénéfice de l'ACCRE pour l'ensemble des bénéficiaires de l'aide dès lors qu'ils sont soumis au régime de la micro-entreprise et que leur revenu est inférieur au SMIC.

Cette prolongation permettra à ces entreprises de poursuivre leur développement et de consolider leur activité. Ces mesures s'accompagnent d'une simplification du dispositif de l'ACCRE, grâce notamment à une harmonisation des critères d'éligibilité et une affiliation immédiate du créateur d'entreprise au régime dont il dépend en fonction de son statut (régime social des indépendants ou régime général).

3. Le dispositif proposé

Le **I** du présent article propose de modifier l'article L. 351-24 du code du travail afin d'ajouter à la liste des bénéficiaires de l'ACCRE les personnes ayant un projet de création d'entreprise implantée au sein d'une zone urbaine sensible (ZUS) et les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité (CLCA).

Le **II** du présent article vise à modifier le code de la sécurité sociale.

Le 1° propose d'abroger l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale. Cet article disposait que les bénéficiaires de l'ACCRE, chômeurs indemnisés, continuent à être affiliés pendant les premiers mois de leur nouvelle activité, dans une limite fixée par décret à un an, au régime d'assurances sociales et de prestations familiales dont ils relevaient au titre de leur dernière activité (dans les faits, il s'agit souvent du régime général). Ils bénéficient alors des prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès servies par ce régime aux demandeurs d'emploi et continuent à relever à ce titre de l'assurance vieillesse dudit régime. Durant cette période, aucune cotisation n'est due.

L'abrogation de cet article permet de supprimer les risques de confusion possible avec l'article L. 161-1-1 du même code (*cf. infra*), qui est d'application plus large. La simplification ainsi opérée conduit à ce que tous les créateurs d'entreprises, quel que soit leur statut, soient affiliés immédiatement au régime de protection sociale dont ils dépendent, qu'il s'agisse du régime social des indépendants ou du régime général. Cette disposition n'augmente pas les charges du régime général : le maintien de droit prévu par l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale était généralement réalisé au sein du régime général, alors que la nouvelle activité dépend le plus souvent du RSI.

Le 2° propose de modifier l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale. Cet article, issu de la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale, permet au gouvernement de prolonger par décret l'exonération de cotisations attachée à l'ACCRE lorsque la nouvelle activité est exercée sous le régime fiscal de la micro entreprise (articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts). Le 2° du **II** du présent article vise à prendre en compte l'extension du périmètre des bénéficiaires de l'ACCRE proposée par le **I** du présent article.

Le **III** est une mesure transitoire visant à permettre aux chômeurs indemnisés dont l'année initiale d'exonération de cotisations prévue par l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale n'est pas achevée à la date d'effet du présent article de bénéficier de la prolongation prévue par le **II** du présent article, à la condition que leur situation l'autorise.

4. L'impact financier de la mesure proposée et la question de la compensation

La mesure devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2007. L'annexe 9, relatif au chiffrage des mesures nouvelles, évalue le coût total de la mesure à environ 100 millions d'euros. Cette somme se compose de moindres rentrées de cotisations pour le régime social des indépendants, à hauteur de 85 millions d'euros, et de moindres cotisations de l'ordre de 15 millions d'euros pour la CNAF, qui prend en charge les cotisations et les prestations famille pour l'ensemble des régimes.

L'ACCRES a été créé en 1979 et est donc un dispositif antérieur à la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale ; elle n'est donc pas concernée par le principe de compensation des exonérations que cette loi a posé. Il s'agit d'une exonération non compensable en ce qui concerne le dispositif initial.

Conformément au IV du LO 111-3 du code de la sécurité sociale, seule une loi de financement de la sécurité sociale peut modifier une mesure non compensée. Or l'extension du champ des bénéficiaires et la prolongation de l'exonération proposées par le présent article constituent des modifications substantielles. L'article 21 du présent projet de loi (*cf.* commentaire, *infra*) vise donc à modifier l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que la prolongation de l'exonération, comme l'extension du champ des bénéficiaires, déroge à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale et ne donne pas lieu à compensation de la part de l'Etat. Selon les données fournies par la CNAMTS, le coût de la mesure pour le régime général devrait atteindre 20 millions d'euros.

*

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

Article additionnel après l'article 11

Extension du bénéfice de l'exonération de cotisations sociales en zone franche urbaine (ZFU) et zone de redynamisation urbaine (ZRU) aux professions libérales

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél visant à ce que l'exonération de cotisations sociales en zone franche urbaine (ZFU) et en zone de redynamisation urbaine (ZRU) attachée à l'implantation des professions indépendantes s'applique aussi aux professions libérales.

M. Jean-Luc Prél a précisé qu'il s'agit de permettre notamment aux professionnels de santé libéraux – médecins, infirmières, kinésithérapeutes, etc. – de bénéficier de ces dispositions.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a estimé qu'il n'est pas opportun de créer de nouvelles pertes de recettes pour les régimes de la sécurité sociale.

M. Pierre Hellier a indiqué qu'il conviendrait de réfléchir au même type de disposition pour les zones rurales les plus isolées.

Mme Chantal Bourragué s'est déclarée favorable à l'adoption de l'amendement.

M. Marc Bernier et **M. Bruno Gilles** ont indiqué qu'ils souhaitaient cosigner l'amendement.

Le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général a déclaré qu'il s'en remettait à la sagesse de la commission.

La commission a adopté l'amendement.

Article 12

Élargissement du champ de l'agrément des structures prestataires ou mandataires de services à la personne et bénéficiaires, à ce titre, d'exonérations sociales

La loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale a réformé le régime des services à la personne notamment en élargissant le champ des services à la personne ouvrant droit aux avantages prévus par le code du travail (embauche et déclaration des travailleurs, facilités de paiement et de financement ouvertes par le chèque emploi-service universel, procédure d'acceptation tacite des demandes d'agrément des associations et entreprises de services à la personne), par le code général des impôts (application du taux de TVA réduit de 5,5 %, réduction d'impôt sur le revenu égale à 50 % des dépenses engagées pour l'emploi d'un salarié à domicile pour réaliser des prestations de service à la personne, déductibilité du tiers des dépenses de cofinancement de chèques emploi-service universels au titre de l'impôt sur les sociétés, crédit d'impôt de 25 % sur les dépenses engagées au titre de l'aide financière à l'émission de titres emploi-service pour les entreprises redevables de l'impôt sur les sociétés, exonération d'impôt sur le revenu des bénéficiaires de titres emploi-service applicable à l'aide financière accordée par leur employeur pour l'émission de ces titres) et par le code de la sécurité sociale (abattement de 15 points sur les cotisations sociales patronales des particuliers employeurs, exonération totale, sous plafond, des charges patronales de sécurité sociale, d'accident du travail et d'allocations familiales pour les prestations de services à la personne fournies par les associations et entreprises agréées, exonération de cotisations sociales obligatoires dans la limite d'un plafond de 1 830 euros par an et par salarié bénéficiaire des dépenses des entreprises et comités d'entreprises pour les dépenses de financement du chèque emploi-service universel).

En application de l'article L. 129-1 du code du travail, l'agrément de l'Etat pour la fourniture de services à la personne peut être facultatif ou obligatoire. Il est nécessaire dans trois cas :

– pour la garde d'enfants (lorsque cette prestation est fournie par un centre communal ou intercommunal d'action sociale, l'agrément est obligatoire pour leur activité de garde d'enfants de moins de trois ans à domicile) ;

– pour l'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile ;

– pour bénéficier du taux réduit de TVA à 5,5 % (article 279 du code général des impôts), de la réduction d'impôt sur le revenu égale à 50 % des dépenses engagées pour l'emploi d'un salarié à domicile (article 199 *sexdecies* du code général des impôts) et de l'exonération de cotisations patronales d'assurances sociales, d'accident du travail et d'allocation familiales (article L. 241-10 du code de la sécurité sociale).

La loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 a maintenu l'exigence existant dans la législation antérieure, pour les associations ou entreprises qui souhaitent obtenir un agrément, d'avoir une activité exclusivement consacrée aux services à la personne visés par le code du travail. Cette condition figure à la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail. En l'absence de respect de cette condition, l'agrément ne peut être délivré. Il résulte de ce dispositif que l'activité des associations et entreprises proposant des services de garde d'enfants à domicile ou d'assistance de personnes dépendantes à domicile doit s'exercer exclusivement dans ces domaines. En outre, conformément à l'article D. 129-8 du code du travail, les entreprises doivent être « en mesure de justifier à tout moment du caractère exclusif de leurs activités concernant les tâches ménagères ou familiales ».

M. Maurice Giro, rapporteur à l'Assemblée nationale du projet de loi relatif au développement des services à la personne, soulignait dans son rapport (n° 2357) sur le projet de loi que « *cette condition d'exclusivité est capitale pour éviter tout détournement du dispositif en faveur d'entreprises ou d'associations qui, sous couvert de tâches ménagères ou familiales, obtiendraient un contrat auprès d'un particulier pour lui fournir d'autres prestations commerciales ou des services autres que d'aide à la personne.* »

Le caractère absolu de cette condition d'exclusivité est toutefois assorti d'une exception figurant à la dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 129-1 : « *les associations intermédiaires et, lorsque leurs activités comprennent également l'assistance à domicile aux personnes âgées ou handicapées, les établissements publics assurant l'hébergement des personnes âgées peuvent être agréés* ».

Le présent article du projet de loi de financement de la sécurité sociale vise à élargir le champ de cette exception. Sa présence dans la section du projet de loi de financement de la sécurité sociale consacrée aux dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale est justifiée en raison des implications de cette modification législative sur les recettes de cotisations patronales d'assurances sociales, d'accident du travail et d'allocations familiales.

Le I du présent article propose de définir quatre types de structures pouvant, par dérogation au principe d'exclusivité de l'activité des associations et entreprises agréées, bénéficier d'un agrément de l'Etat :

– les associations intermédiaires – qui bénéficient déjà de la dérogation en application de la loi du 26 juillet 2005 –, les communes, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS) – qui bénéficient également déjà de la dérogation en application de la loi du 26 juillet 2005 –, les établissements publics de coopération intercommunale,

– les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service social et médico-social autorisé en application de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ⁽¹⁾,

(1) Le I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles dresse la liste suivante de ces établissements et services sociaux et médico-sociaux qui délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge et doivent être autorisés :

1° Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans ;

2° Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

3° Les centres d'action médico-sociale précoce ;

4° Les établissements ou services mettant en oeuvre les mesures éducatives ordonnées par l'autorité judiciaire ou concernant des majeurs de moins de vingt et un ans ou les mesures d'investigation préalables aux mesures judiciaires d'assistance éducative ;

5° Les établissements ou services

a) d'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à l'article L. 322-4-16 du code du travail et des entreprises adaptées ;

b) de réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés ;

6° Les établissements et les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes adultes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert ;

8° Les établissements ou services comportant ou non un hébergement, assurant l'accueil, notamment dans les situations d'urgence, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active ou l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse ;

9° Les établissements ou services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des difficultés spécifiques en vue de favoriser l'adaptation à la vie active et l'aide à l'insertion sociale et professionnelle ou d'assurer des prestations de soins et de suivi médical, dont les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées "lits halte soins santé" et les appartements de coordination thérapeutique ;

10° Les foyers de jeunes travailleurs ;

– les établissements publics de santé créés par décret ou par décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service accueillant des enfants de moins de six ans ou proposant un accueil collectif à caractère éducatif hors du domicile parental, à l'occasion des vacances scolaires, des congés professionnels ou des loisirs, public ou privé, ouvert à des enfants scolarisés de moins de six ans ;

– les « résidences-services » qui assurent la fourniture, aux occupants de l'immeuble en copropriété, de services spécifiques, notamment de restauration, de surveillance, d'aide ou de loisirs. Il ne peut s'agir d'octroi de services de soins ou d'aide et d'accompagnement exclusivement liés à la personne, qui ne peuvent être fournis que par des établissements et des services sociaux ou médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Cette dérogation ne s'applique qu'aux activités d'aide à domicile de ces structures et pour des prestations rendues aux personnes visées par l'agrément qualité des services à la personne (enfants, personnes âgées, personnes handicapées, personnes ayant besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité afin de favoriser leur maintien à domicile).

Dans les faits, cette dérogation permettant d'agrémenter des structures publiques et privées proposant parmi leurs activités sociales la délivrance d'aides à domicile (aides ménagères ou familiales, soutien alimentaire, assistance administrative ou pour l'accomplissement d'actes de la vie courante, accompagnement dans des sorties, *etc.*) était déjà appliquée par les préfetures qui délivraient des agréments à divers organismes publics ou para-publics alors même que le principe d'exclusivité n'était pas respecté. Cette situation connue s'expliquait par l'ancienneté de ces services, l'intérêt général poursuivi par ces organismes et la qualité irréprochable de leurs prestations. Bien souvent, ces structures bénéficiaient d'ailleurs d'une autorisation d'installation au titre du code de l'action sociale et des familles.

Cependant, d'un département à un autre, les services des préfetures pouvaient avoir des appréciations divergentes sur la possibilité de délivrer un agrément, notamment à la suite de la grande réforme de la loi du 26 juillet 2005.

Le dispositif proposé par le gouvernement vise donc avant tout à sécuriser la situation de nombreux organismes offrant, parmi des activités sociales et médico-sociales plus larges, des prestations de services à la personne très demandées, notamment dans des zones délaissées par les acteurs économiques privés comme les zones rurales. L'intérêt général commande de leur faire bénéficier de l'agrément aussi bien pour les personnes dépendantes ou vulnérables

11° Les établissements ou services, dénommés selon les cas centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité, mettant en oeuvre des actions de dépistage, d'aide, de soutien, de formation ou d'information, de conseil, d'expertise ou de coordination au bénéfice d'usagers, ou d'autres établissements et services ;

12° Les établissements ou services à caractère expérimental ;

13° Les centres d'accueil pour demandeurs d'asile.

qui peuvent bénéficier des avantages découlant de cet agrément que pour la qualité de service attachée aux services agréés en raison de la procédure de délivrance et de contrôle de l'agrément. Ces structures pourront en outre ainsi s'incorporer dans des réseaux d'enseignes de services à la personne agréés.

Le I du présent article introduit également, implicitement, une seconde dérogation : des structures n'ayant pas un statut d'association, d'entreprise ou d'établissement public hébergeant des personnes âgées pourront bénéficier d'un agrément de l'Etat au titre des services à la personne. Cette extension était écartée par la loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005. Ainsi, Mme Catherine Vautrin, ministre déléguée à la cohésion sociale et à la parité, expliquait devant le Sénat, en première lecture, le 27 juin 2005, que *« l'agrément prévu dans le texte proposé pour l'article L. 129-1 du code du travail ne s'applique pas aux collectivités territoriales ni à leurs établissements publics, le code du travail ayant vocation à régir les relations entre les employeurs de droit privé et leurs salariés. Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent donc librement développer les activités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 129-1 sans solliciter l'agrément. En revanche, s'ils souhaitent créer un service prestataire d'aide à domicile relevant de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, ils doivent, au préalable, y avoir été autorisés selon les modalités prévues par ce code. »* Elle poursuivait : *« sont uniquement concernées les personnes morales de droit privé qui proposent, de façon exclusive, des services à domicile destinés aux personnes âgées ou aux personnes handicapées ou dépendantes. »* La dérogation pour les CCAS était cependant nécessaire car le code de l'action sociale et des familles n'inclut pas les services prestataires assurant la garde d'enfants de moins de trois ans au domicile parmi les services sociaux et médico-sociaux soumis à cette procédure d'autorisation.

Aux termes du I du présent article, les communes – en fait, au titre de leur bureau d'aide sociale – et des établissements publics territoriaux pourront donc être agréés. Ils devraient être soumis aux procédures de délivrance et de retrait d'agrément et de contrôle de droit commun prévues par le code du travail, notamment au titre des exigences de qualité prévues par les articles R. 129-2 et R. 129-3 du code du travail. Néanmoins, une adaptation des dispositions réglementaires du code est indispensable puisque les articles R. 129-1 et suivants ne visent que les associations, entreprises et établissements publics. En l'état, le préfet de région ne pourra donc pas délivrer d'agrément aux communes. En outre, l'article R. 129-3 ne définit les conditions de qualité présidant à la délivrance de l'agrément qu'en se référant à des associations et des entreprises (*« 3° l'association ou l'entreprise dispose en propre ou au sein du réseau dont elle fait partie des moyens humains, matériels et financiers, permettant de satisfaire l'objet pour lequel l'agrément est sollicité ; 4° l'association ou l'entreprise comportant plusieurs établissements dispose d'une charte de qualité qui répond aux exigences de l'agrément et à laquelle les établissements sont tenus d'adhérer ; la mise en oeuvre de cette charte par les établissements donne lieu à une évaluation périodique »*) alors même que l'article R. 129-2 demande d'accompagner toute demande d'agrément notamment des *« conditions d'emploi*

du personnel », des « *moyens d'exploitation mis en œuvre* » et des « *éléments permettant d'apprécier le niveau de qualité des services mis en œuvre* ».

Cette innovation juridique vise les communes qui dans les faits n'ont pas constitué de CCAS alors même que l'article L. 123-4 du code de l'action sociale et des familles le leur impose (« *Un centre d'action sociale exerce, dans chaque commune ou groupement de communes constitué en établissement public de coopération intercommunale, les attributions qui leur sont dévolues par le présent chapitre.* ») et que l'article L. 123-6 prévoit de constituer le CCAS sous la forme d'un établissement public administratif. Le cas de figure visé par le projet de loi concerne essentiellement des petites ou moyennes communes rurales dont les prestations d'aide sociale sont en nombre très réduit et sont gérées directement par le secrétariat de la mairie.

Il faut donc comprendre cet agrément de la commune comme le véhicule législatif permettant aux bénéficiaires des services à la personne fournis par la commune d'obtenir les avantages fiscaux dont bénéficient les personnes secourues par les CCAS et à la commune de bénéficier d'une exonération de charges sociales patronales pour ses employés de droit privé chargés de fournir les prestations d'aide à la personne. Néanmoins, les communes, personnes morales de droit public, vont se trouver soumises à la procédure de délivrance de l'agrément préfectoral qui a été définie par le décret n° 2005-1384 du 7 novembre 2005. De nombreuses dispositions de ce décret ne sont pas adaptées à cette situation juridique nouvelle et innovante en droit français, à commencer par la validité nationale conférée à l'agrément de l'Etat.

Le **II** du présent article adapte la rédaction du **III bis** de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale afin d'englober dans le champ des dispositions de ce **III bis** les communes, CCAS, établissements publics et résidences-services bénéficiant de la dérogation élargie prévue par le **I** du présent article au titre de l'agrément des services d'aide à la personne pour l'aide à domicile qu'ils fournissent aux personnes dépendantes ou vulnérables.

Le **III bis** de cet article accorde aux structures de services à la personne agréées une exonération totale des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales, dans la limite d'un plafond⁽¹⁾, pour les rémunérations des salariés assurant l'activité de service à la personne comprise dans le champ de l'agrément délivré au titre de l'article L. 129-1 du code du travail. Le bénéfice de cette exonération n'est pas cumulable avec celui d'une autre exonération totale ou partielle de cotisations patronales ou l'application de taux ou d'assiettes spécifiques ou de montants forfaitaires de cotisations.

(1) Ce plafond est égal au montant des cotisations patronales de sécurité sociale dues sur la part de rémunération n'excédant pas le produit du salaire minimum de croissance par le nombre d'heures rémunérées dans la limite de la durée légale du travail calculée sur le mois ou, si elle est inférieure, de la durée conventionnelle applicable dans l'établissement (décret n° 2006-25 du 9 janvier 2006).

Le **IV** du présent article tend à appliquer les dispositions prévues par le **III** aux organismes relevant de la protection sociale agricole.

Le **III** modifie, par coordination, la rédaction du 2° de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles. Cet article a été créé par l'ordonnance n° 2005-1477 du 1^{er} décembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux procédures d'admission à l'aide sociale et aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui a mis en œuvre plusieurs mesures de simplification et clarifié l'articulation entre les procédures d'agrément des services à la personne et d'autorisation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (*cf.* rapport d'information n° 3092 de M. Maurice Giro sur la mise en application de la loi du 26 juillet 2005, p. 12).

Cet article soumet, soit l'autorisation prévue par l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, soit à l'agrément prévu par l'article L. 129-1 du code du travail à condition qu'ils remplissent la condition d'activité exclusive, la création, la transformation et l'extension des services d'aide et d'accompagnement à domicile suivants :

– ceux prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans ;

– ceux accueillant des personnes âgées ou leur apportant à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ;

– ceux accueillant, y compris en foyer d'accueil médicalisé, des personnes adultes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert.

Le **III** supprime la référence à la condition d'exercice d'une activité de service à la personne à titre exclusif figurant au 2° de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles qui renvoie à la procédure d'agrément de l'article L. 129-1 du code du travail. La totalité des structures concernées par les dispositions de l'article L. 313-1-1 bénéficient en effet de la dérogation prévue par le **I** du présent article. La nouvelle rédaction de l'article L. 313-1-1 est ainsi simplifiée : le gestionnaire de services d'aide et d'accompagnement à domicile doit être soumis, soit à l'autorisation sociale et médico-sociale, soit à l'agrément de l'Etat au titre des services à la personne.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie, visant à permettre aux organismes mutualistes de bénéficier de la dérogation à la condition d'activité exclusive pour obtenir un agrément préfectoral pour la fourniture de services à la personne, puisque ces organismes interviennent souvent auprès des mêmes personnes et dans des conditions comparables aux organismes publics et privés bénéficiant de la dérogation ouverte par le projet de loi.

Suivant l'avis favorable de **M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné deux amendements identiques, l'un de M. Dominique Tian présenté par **M. Bruno Gilles**, l'autre de M. Jean-Luc Prével, visant à élargir le bénéfice de la dérogation définie par le présent article aux gestionnaires de centres de soins infirmiers et de services d'hospitalisation.

M. Jean-Luc Prével a indiqué que cet amendement vise tout particulièrement les petites structures de soins et les hôpitaux dits locaux.

Mme Catherine Génisson s'est inquiétée de la multiplication des dérogations, qui finissent par vider de son sens la règle générale.

Le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général a émis un avis favorable à l'adoption de l'amendement sous réserve que les auteurs modifient sa rédaction en substituant à la référence à un article réglementaire la référence à un article législatif du code de la santé publique.

Les auteurs ayant accepté de rectifier leurs amendements en ce sens, la commission a *adopté* les deux amendements identiques.

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse ajoutant aux critères de délivrance de l'agrément de l'Etat pour les services à la personnes des critères de formation initiale et continue et de niveaux de rémunération des salariés ainsi que de promotion des carrières.

Mme Jacqueline Fraysse a précisé que cet amendement permet une meilleure reconnaissance des services à la personne alors même que les personnes employées sont aujourd'hui souvent peu formées et peu rémunérées.

Mme Catherine Génisson a indiqué qu'elle apportait son soutien à cet amendement, d'autant plus que la commission a adopté les précédents amendements.

Le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général a indiqué que ce débat a eu lieu lors du vote de la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale. Le décret d'application du 7 novembre 2005 permet de contrôler la qualité des services. La circulaire du 11 janvier 2006 impose dans le cahier des charges

relatif à l'agrément qualité la mention des diplômes, certificats et titres des intervenants. La demande d'agrément doit présenter les conditions de rémunération et de protection sociale des salariés. L'amendement est donc satisfait sauf sur les points relatifs à la formation continue et à la promotion des carrières, qui relèvent des règles générales du droit du travail applicables aux entreprises.

M. Maurice Giro a approuvé les propos du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a *adopté* l'article 12 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 12

Agrément des prestataires de services médico-techniques et distributeurs de matériel médical

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, portant article additionnel et visant à ce que les prestataires de services médico-techniques à domicile et distributeurs de matériel médical soient soumis à un agrément, à l'instar de celui qui existe pour les services d'aide à domicile. En effet, si l'article 9 de la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale constitue une première avancée importante vers la professionnalisation de ces prestataires et distributeurs, cet agrément serait pour les patients un gage du sérieux et du professionnalisme des prestataires. Cet amendement est d'autant plus important que, plus d'un an après l'adoption de la loi, la profession est toujours dans l'attente de la publication des textes réglementaires permettant la mise en application de l'article 9 de la loi du 26 juillet 2005.

Suivant l'avis favorable du **M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a adopté l'amendement.

Article 13

Indemnités de départ volontaire

Le présent article propose d'exonérer, dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale, les indemnités de départ volontaire versées aux salariés ayant trouvé un emploi stable ou créé ou repris une entreprise. Cette mesure devrait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2007.

Il était initialement prévu d'insérer cette disposition dans le projet de loi relatif à la participation et à l'actionnariat salarié adopté le 11 octobre 2006 par

l'Assemblée nationale, qui l'a supprimé pour cause d'absence de lien avec l'objet du projet.

1. Le dispositif existant

L'article 72 de la loi du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale a créé un article L. 320-2 nouveau dans le code du travail. Conformément à cet article, dans les entreprises qui occupent au moins trois cents salariés, l'employeur est tenu d'engager tous les trois ans une négociation portant sur les modalités d'information et de consultation du comité d'entreprise sur la stratégie de l'entreprise et ses effets prévisibles sur l'emploi ainsi que sur les salaires.

La négociation porte également sur la mise en place d'un dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ainsi que sur les mesures d'accompagnement susceptibles de lui être associées, en particulier en matière de formation, de validation des acquis de l'expérience, de bilan de compétences ainsi que d'accompagnement de la mobilité professionnelle et géographique des salariés.

2. La motivation de la mesure proposée

Le gouvernement souhaite inciter les acteurs économiques à anticiper les restructurations et favoriser la reconversion des emplois menacés. À cette fin, le présent article propose de créer un cadre fiscal et social plus favorable aux indemnités de départ volontaire versées dans le cadre des accords de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC). Il est proposé une exonération des indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans la limite de quatre fois le plafond de la sécurité sociale.

3. Le dispositif proposé

Le **II** de l'article vise à modifier l'article 80 *duodecies* du code général des impôts. Cet article dispose que toute indemnité versée à l'occasion de la rupture du contrat de travail constitue une rémunération imposable, à l'exception d'un certain nombre de sommes limitativement énumérées. Il est proposé d'ajouter à la liste des sommes pouvant faire l'objet d'une exclusion de l'assiette de l'imposition fiscale la fraction des indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences conclu dans le cadre du **II** de l'article L. 320-2 du code du travail (*cf. infra*).

Le **I** du présent article vise à modifier l'article L. 320-2 du code du travail, article créé par la loi de programmation pour la cohésion sociale. Il propose de le compléter par un **II** disposant que la négociation relative à la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences peut également porter sur la qualification des catégories d'emplois menacés par les évolutions économiques ou technologiques. Ensuite, ce **II** de l'article L. 320-2 du code du travail disposerait

que les indemnités de départ volontaire versées dans le cadre de l'accord collectif résultant, le cas échéant, de la négociation portant sur la qualification des catégories d'emplois menacés par les évolutions économiques ou technologiques, bénéficient de l'exonération fiscale prévue par l'article 80 *duodecies* du CGI (cf. *supra*).

Un certain nombre de limites et de conditions sont posées par le II de l'article 320-2. D'abord, l'autorité administrative compétente doit ne pas avoir manifesté son opposition à la qualification des emplois menacés. Ensuite, le salarié dont le contrat de travail est rompu devait exercer un emploi qualifié de « menacé » par l'accord collectif. En outre, le salarié dont le contrat de travail est rompu doit avoir retrouvé un emploi stable à la date de la rupture de son contrat de travail. Le comité de suivi mis en place par l'accord collectif doit avoir identifié et validé la stabilité de ce projet de reclassement.

Un décret viendra préciser les conditions de création du comité de suivi et les critères de stabilité de l'emploi. L'exposé des motifs indique que la stabilité de l'emploi suppose d'avoir retrouvé un emploi en contrat de travail à durée indéterminée, contrat à durée déterminée de six mois ou plus, contrat de travail temporaire de six mois et plus, ou d'avoir créé ou repris une entreprise.

Le **III** du présent article propose d'exonérer de cotisations sociales ces versements dans les mêmes conditions. À cette fin, il propose de modifier l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, article qui fixe l'assiette des cotisations sociales et qui fait référence à l'article 80 *duodecies* du CGI en disposant que « *sont aussi prises en compte les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecies du même code.* » L'article serait modifié afin d'ajouter le cas des indemnités de départ volontaires versées dans le cadre d'un accord relatif à la GPEC et de rendre identique l'assiette fiscale et sociale (exonération dans la limite de quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale).

Le **IV** du présent article propose de modifier l'assiette de la CSG, fixée par l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale. Dans le droit en vigueur, sont incluses dans l'assiette de la CSG les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail, pour la fraction qui excède le montant prévu par les accords collectifs ou à défaut par la loi, ou, en tout état de cause, la fraction qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts, ainsi que toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail.

La modification proposée consiste à ce que l'assiette de la CSG soit la fraction des indemnités excédant l'indemnité légale ou conventionnelle ; la fraction des indemnités imposée au titre de la CSG ne peut être inférieure à celle

imposée au titre de l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 *duodecies* (*cf. supra*).

Le V est une mesure de coordination visant à ce que l'article du code rural définissant l'assiette des cotisations dues au titre des assurances sociales agricoles prenne en compte l'exonération relative à la fraction des indemnités de départ volontaires versées dans le cadre d'un accord collectif relatif à la GPEC (dans la limite de quatre fois le plafond annuel de la sécurité sociale).

4. L'impact financier de la mesure proposée

Conformément à la loi relative à l'assurance maladie, cette mesure est compensée. Son impact financier sur l'année 2007 n'est donc pas indiqué dans l'annexe au projet chiffrant le coût des mesures nouvelles.

Selon les informations fournies au rapporteur, la mesure devrait coûter à l'Etat quelques millions d'euros. Elle devrait être financée par redéploiement sur les crédits de la politique de l'emploi.

*

La commission a examiné deux amendements de suppression de l'article de M. Jean-Marie Le Guen et Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que cet amendement vise à supprimer l'exonération de cotisations sociales patronales sur les dispositifs d'anticipation de reconversion ou de restructurations « censés » éviter le licenciement économique. Avec l'article 13, l'ensemble des procédures de licenciement, en amont comme en aval, serait exonéré de toute contribution sociale alors qu'ensuite il revient à la collectivité d'assumer la charge des conséquences des suppressions d'emplois.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a émis un avis défavorable à l'adoption de l'amendement, en soulignant que l'article a précisément pour but de promouvoir la gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

Puis la commission a *adopté* l'article 13 sans modification.

Article 14

Affectation à la CNAMTS de l'excédent du panier de recettes fiscales destinées à compenser les allègements généraux de charges

Cet article vise à affecter à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) le surplus du produit des recettes fiscales affectées aux régimes de sécurité sociale et destinées à compenser les allègements généraux de charges. Cette disposition prend effet à partir de l'exercice 2007.

Cette mesure doit faire l'objet d'une présentation conjointe avec l'article 23 du projet de loi de finances pour 2007.

1. Eléments de contexte

En application de l'article 56 de la loi n° 2005-2019 de finances pour 2006 du 30 décembre 2005, le financement des allègements généraux de cotisations et contributions sociales est assuré à partir de 2006 par une affectation à la sécurité sociale d'un panier d'impôts et de taxes diverses, dont le produit de la taxe sur les salaires.

La compensation à l'euro près est assurée en 2006 : cela signifie qu'en cas d'insuffisance du produit du panier de taxes, l'Etat doit abonder ces recettes. À l'inverse, si le produit des taxes transférées est supérieur aux dépenses réelles, l'Etat peut conserver une partie des recettes.

En revanche, pour 2007, le mécanisme prévu n'assure pas nécessairement la compensation intégrale des allègements conformément à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. En cas d'insuffisance de la compensation supérieure à 2 %, une commission de suivi doit se réunir et formuler des propositions.

Depuis le début de l'année 2006, on observe que le produit des impôts et taxes affectées est supérieur aux pertes de cotisations liées aux allègements généraux. Cet excédent aurait dû être reversé à l'Etat en application du principe de la compensation à l'euro près.

Le IV de l'article 23 du projet de loi de finances pour 2007 propose qu'en cas d'écart positif constaté entre le produit 2006 des impôts et taxes affectés et le montant définitif de la perte de recettes liée aux allègements généraux de cotisations sociales pour 2006, le montant correspondant à cet écart soit affecté en 2007 à la CNAMTS. Ce montant est évalué à 300 millions d'euros par l'exposé des motifs de l'article 23 du projet de loi de finances et à 330 millions d'euros par l'annexe 9 au présent projet.

Le projet de loi de finances et le présent projet de loi proposent un ensemble complexe de transferts et d'affectations dont le tableau suivant fait le récapitulatif.

**Présentation conjointe de certains mouvements d'affectation et de transferts de recettes
proposés par le projet de loi de finances pour 2007
et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007**

Nature de la ressource	Texte	Montant prévisionnel en millions d'euros ⁽¹⁾	Organisme concerné	Motivation
1,69 % du produit des droits tabac 2007	PLF	+ 159	Affectation à la CNAM, CNAV et CNAF	Financer les charges d'intérêts dues à la dette de l'Etat envers la sécurité sociale
Surplus de recettes fiscales sur 2006	PLF	+ 330 (estimation annexe 9 du projet de loi de financement) ⁽²⁾	Affectation à la CNAM	Abonder les ressources de la CNAM en 2007
Surplus de recettes fiscales sur 2007	PLFSS	+ 250	Affectation à la CNAM	Abonder les ressources de la CNAM en 2007 Abonder la compensation 2007 des allègements généraux de charges
Moindre affectation de produit des droits tabac 2007	PLF	- 232	Moindres ressources pour la CNAM	Accroître le financement du fonds de financement de la CMU
3,39 % du produit des droits tabac 2007	PLF	+ 319	Affectation aux caisses de sécurité sociale	Compenser la suppression des charges patronales au niveau du SMIC sur six mois

Source : PLF, PLFSS et rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale

On remarque que le surplus de recettes fiscales de la compensation des allègements généraux sur 2006, affecté en 2007 à la CNAM, est en fait fortement préempté par une diminution de la part affectée à la CNAM du produit des droits tabac. Les 232 millions d'euros ainsi dégagés permettront d'abonder le financement du fonds de financement de la couverture maladie universelle (CMU).

À noter que le montant des droits tabac transférés afin de financer la charge financière due par les régimes au titre de leurs créances sur l'Etat (159 millions d'euros) semble cohérent avec les estimations correspondantes de l'ACOSS sur le champ du régime général pour 2006. Cependant, l'Etat a développé une dette « tous régimes » et le total des frais financiers est plus élevé que ceux supportés par le seul régime général.

(1) Le montant des droits tabac en 2007 devrait atteindre 9,4 milliards d'euros selon le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006.

(2) Le projet de loi de finances évalue la somme à 300 millions d'euros en raison des calculs d'arrondis.

Selon la présentation du projet de loi de finances pour 2007, le solde des mouvements relatifs à l'affectation du produit des droits tabac se traduit par un transfert d'environ 480 millions d'euros du budget de l'Etat vers la « *sphère sociale* » (ce transfert ne prend pas en compte l'affectation de l'excédent des recettes transférées en 2007 proposé par le présent article).

2. Le dispositif proposé et son impact financier

Le **IV** de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale serait modifié afin qu'à compter de l'exercice 2007, en cas d'écart positif entre le produit des impôts et taxes transférés et la perte de recettes provoquée par les allègements généraux, le montant correspondant soit affecté à la CNAM.

L'affectation de l'excédent 2007 devrait se monter à 250 millions d'euros. L'affectation nette de l'excédent 2006 devrait se monter *in fine* à 100 millions d'euros environ (montant brut de 330 millions d'euros, auxquels sont soustraits 230 millions d'euros destinés à financer le fonds de financement de la CMU).

Le total des excédents de recettes transférés à la CNAM en 2007 et provenant d'une part de l'exercice 2006 et d'autre part de l'exercice 2007 atteindrait donc de 350 millions d'euros.

*

La commission a examiné deux amendements de M. Jean-Marie Le Guen visant à ce que l'excédent de recettes fiscales constaté pour 2006 soit affecté à la CNAMTS pour le seul exercice 2007.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a remarqué que l'article proposait qu'en cas d'excédent sur 2008, il soit aussi affecté à la CNAMTS. Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission a *rejeté* les deux amendements.

Puis la commission a *adopté* l'article 14 sans modification.

Après l'article 14

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à augmenter le taux de la contribution sociale sur les revenus du patrimoine de 2 % à 6 %, afin d'apporter un surplus de financement durable et pérenne au profit du Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Suivant l'avis défavorable de **M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 15

Affectation des avoirs non réclamés issus de contrats d'assurance-vie au Fonds de réserve pour les retraites

Cet article vise à pouvoir doter le Fonds de réserve pour les retraites des avoirs correspondants aux contrats d'assurance vie dont les fonds ne sont pas réclamés par leurs bénéficiaires. À cette fin, le présent article propose de modifier le code général de la propriété des personnes publiques, le code des assurances, le code de la sécurité sociale et le code de la mutualité.

1. Éléments de contexte

La question des contrats d'assurance-vie non réclamés par leurs bénéficiaires est liée à la nature même du contrat d'assurance-vie, souscrit au bénéfice d'un tiers. Le souscripteur d'un contrat n'est pas tenu d'informer le bénéficiaire de la stipulation contractuelle à son profit. En effet, lorsque le bénéficiaire l'accepte, celle-ci devient irrévocable. Or, dans certains cas, le souscripteur peut souhaiter conserver la possibilité de changer de bénéficiaire : il faut donc que le bénéficiaire soit très précisément désigné pour que l'assureur puisse le contacter lors du décès de l'assuré.

Cependant, il peut être difficile de retrouver les coordonnées du bénéficiaire, qui ne sont pas toujours portées au contrat par le souscripteur. La question des avoirs d'assurance-vie non réclamés par leurs bénéficiaires fait donc l'objet de questions récurrentes.

Selon M. Philippe Auberger, rapporteur de la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance pour la commission des finances de l'Assemblée nationale ⁽¹⁾, le montant total de ces contrats pourrait atteindre « *plusieurs milliards d'euros* ». L'exposé des motifs du présent article note que des travaux conduits par les établissements financiers indiquent que le montant de ces avoirs d'assurance pourrait atteindre entre un et deux milliards d'euros.

Selon les informations transmises au rapporteur par la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), dans le droit en vigueur, les sommes non réclamées « *sont acquises à la mutualité des assurés* ». Le montant de ces sommes devrait diminuer à long terme en raison de l'effort accru d'information des bénéficiaires.

La question a fait l'objet de dispositions législatives récentes. D'une part, la loi n° 2003-706 du 1^{er} août 2003 de sécurité financière a instauré une obligation d'information annuelle pour les contrats d'assurance-vie, que le souscripteur ait payé des primes ou non au cours de l'année. D'autre part, les articles 6, 7 et 8 de la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance ont mis en

(1) Rapport n° 2258

place un dispositif de recherche des bénéficiaires en cas de décès. Selon les données transmises au rapporteur par la FFSA, ce dispositif a généré plus de trois mille demandes depuis le 1^{er} mai 2006, soit un rythme de près de cent demandes par jour.

2. Le dispositif proposé

Le I du présent article propose de modifier l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques. Ce code a été récemment créé par une ordonnance prise sur le fondement de la loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 pour la confiance et la modernisation de l'économie. L'ordonnance n°2006-460 du 21 avril 2006 relative à la partie législative du code général de la propriété des personnes publiques refond les règles applicables aux biens meubles et immeubles de l'ensemble des personnes publiques (État, collectivités territoriales, établissements publics) et les regroupe au sein d'un code unique conçu à l'usage des gestionnaires. Le code est en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2006.

L'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques est inséré au chapitre VI « *Sommes et valeurs prescrites* » du titre II « *Acquisitions à titre gratuit* » du livre 1^{er} « *Modes d'acquisition* » de la première partie du code « *Acquisition* ». Cet article dispose que sont acquises à l'Etat, sauf disposition législative contraire, quatre catégories d'avoirs :

– Le montant des coupons, intérêts ou dividendes, atteints par la prescription quinquennale ou conventionnelle et afférents à des actions, parts de fondateur, obligations ou autres valeurs mobilières négociables, émises par toute société commerciale ou civile ou par toute collectivité privée ou publique ;

– Les actions, parts de fondateur, obligations et autres valeurs mobilières des mêmes collectivités, lorsqu'elles sont atteintes par la prescription trentenaire ou conventionnelle ;

– Les dépôts de sommes d'argent et tous avoirs en espèces dans les banques, les établissements de crédit et tous autres établissements qui reçoivent des fonds en dépôt ou en compte courant, lorsque ces dépôts ou avoirs n'ont fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;

– Les dépôts de titres et tous avoirs en titres dans les banques et autres établissements qui reçoivent des titres lorsque ces dépôts ou avoirs n'ont fait l'objet, de la part des ayants droit, d'aucune opération ou réclamation depuis trente années.

Le 1^o du I propose de compléter cette énumération par une cinquième catégorie d'avoirs : « *La valeur de rachat ou de transfert des contrats d'assurance sur la vie n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune réclamation auprès de l'organisme d'assurance depuis trente années* ». Le délai de trente ans est donc identique à celui applicable aux autres

types d'avoirs. Il s'agit également du délai de prescription de droit commun en matière successorale ; à noter que le code civil fixe également à trente ans le délai de la prescription acquisitive, ou usucapion, s'appliquant aux immeubles.

Ce délai de trente ans autorise l'affectation en 2007 d'avoirs non réclamés correspondant principalement à des décès intervenus au plus tard en 1977. Or le succès de l'assurance-vie comme produit d'épargne est bien postérieur à cette date. Le montant des avoirs non réclamés ne devrait pas augmenter substantiellement avant quelques années.

Le 2° du I du présent article tire les conséquences de la modification proposée au 1° en autorisant les « agents désignés par l'autorité administrative compétente » à prendre communication au siège des banques et établissements financiers de tous documents pouvant servir au contrôle des sommes ou titres à remettre à l'Etat.

Cet article permettra à l'Etat de vérifier auprès des « organismes d'assurance », selon la dénomination utilisée par le 1° du I de l'article, la réalité et le montant des sommes à récupérer. À noter que tout refus de communication de pièces dans le cadre des dispositions de l'article L. 2222-21 du code général de la propriété des personnes publiques est puni d'une amende.

Le II du présent article propose de modifier l'article L. 114-1 du code des assurances. Cet article se situe dans le chapitre IV « *Compétence et prescription* » du titre I « *Règles communes aux assurances de dommages non maritimes et aux assurances de personnes* » du livre I « *Le contrat* ».

Le principe général posé par l'article est que toutes les actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Deux limites viennent réduire la portée de ce principe :

– en effet, le délai ne court, en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, qu'à partir du jour où l'assureur a eu connaissance de cette réticence ou omission ;

– en cas de sinistre, le délai ne court qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Le dernier alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale porte la prescription à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur.

Il est proposé de compléter cet article du code de la sécurité sociale par un alinéa supplémentaire disposant que pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites par trente ans à compter du décès de l'assuré. Le cas échéant, cette disposition s'appliquera nonobstant l'application de la disposition faisant commencer le délai de prescription de deux ans, en cas de sinistre, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance (s'ils prouvent

qu'ils l'ont ignoré jusque-là). Cette disposition permet d'assurer une cohérence entre le délai de prescription au terme duquel les avoirs non réclamés pourront être affectés au FRR.

Le **III** propose de modifier du code de la sécurité sociale.

Le 1° du **III** vise à modifier l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale, qui fixe la liste des ressources du FRR. Ces ressources sont les suivantes :

– une fraction du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés ;

– tout ou partie du résultat excédentaire du Fonds de solidarité vieillesse ;

– l'excédent de la CNAV ;

– 65 % du prélèvement social de 2 % ;

– les sommes issues de l'application du titre IV du livre IV du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fond commun de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des SICAV, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, au terme de la prescription fixée par l'article 2262 du code civil ;

– le produit de la contribution assise sur les abondements des employeurs aux plans d'épargne pour la retraite collectifs ;

– toute autre ressource affectée au Fonds de réserve pour les retraites (la loi de finances rectificative pour 2005 a prévu que le Fonds peut recevoir une partie du produit de cession des participations de l'Etat) ;

– le produit des placements effectués au titre du Fonds de réserve pour les retraites.

Le 1° du **III** du présent article permet d'ajouter à la liste des ressources du fonds les avoirs correspondant aux contrats d'assurance-vie non réclamés.

Le 2° du **III** du présent article propose d'ajouter un article L. 135-10-1 nouveau dans le code de la sécurité sociale.

L'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale dispose notamment que la gestion financière du fonds est assurée par des entreprises d'investissement par voie de mandats et dans le cadre des procédures prévues pour les marchés publics. Cependant, à titre exceptionnel, le fonds peut assurer lui-même la gestion des avoirs, à titre temporaire et pour assurer la sécurité de ces biens.

Il est proposé que par exception aux dispositions de l'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale, les ressources correspondant aux contrats d'assurance-vie non réclamés par leurs bénéficiaires soient placées directement sous la forme de titres de créances négociables. Selon les informations transmises au rapporteur, ces fonds seront investis en titres d'Etat, ce qui permettra de contribuer à la stratégie de désendettement de l'Etat. Leur gestion sera confiée, sous l'autorité du directoire du fonds, à la Caisse des dépôts et consignations.

Le 3° du **III** et **IV** du présent article sont des dispositions de coordination visant à modifier le délai de prescription applicable aux contrats commercialisés par les institutions de prévoyance ou les mutuelles. Les actions du bénéficiaire seront prescrites par trente ans à compter du décès du membre participant.

Le **V** du présent article précise qu'il s'applique aux contrats d'assurance sur la vie en cours comportant des valeurs de rachat ou de transfert et n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune réclamation et à la date de publication de la présente loi, d'aucune réclamation. Cette disposition permet d'écarter de l'application de l'article les contrats faisant l'objet de litiges.

3. Impact financier

L'article 27 du présent projet de loi, qui fixe les ressources du FRR pour l'année 2007, tire les conséquences de cette disposition en proposant que les ressources du fonds en 2007 comportent une somme de 20 millions d'euros tirée de l'affectation des avoirs correspondants à des contrats non réclamés par leurs bénéficiaires. Compte tenu des aléas relatifs à la récupération de ces sommes, la prévision de 20 millions d'euros en 2007 paraît raisonnable au rapporteur.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article de M. Dominique Tian, présenté par M. Bruno Gilles.

M. Bruno Gilles a considéré que le dispositif affectant au Fonds de réserve pour les retraites (FFR) les avoirs des contrats d'assurance vie non réclamés par leur bénéficiaire à l'issue d'un délai de trente ans sera inefficace : les contrats non réclamés seront de toute façon appelés à disparaître sous l'effet de l'application des deux lois du 1^{er} août 2003 de sécurité financière et du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance.

M. Denis Jacquat a rappelé que le FFR a pour objet d'assurer la solvabilisation du versement des retraites après 2020. Il est donc important de garantir la pérennité de ses ressources et de l'alimenter.

Le président Jean-Michel Dubernard s'est interrogé sur l'impact financier de la mesure proposée par l'article 15 du projet de loi.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a considéré qu'il était difficile de faire une estimation. A terme, il devrait être possible de compter sur plusieurs milliards d'euros. En tout état de cause, les sommes disponibles en 2007 devraient atteindre vingt millions d'euros.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Puis la commission a *adopté* un amendement du **rapporteur pour les recettes et l'équilibre général** visant à ce que les avoirs non réclamés ne soient pas exclusivement placés en titres de créances négociables. **Le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général** a estimé préférable que ces sommes soient fondues dans la masse globale des avoirs du FFR, qui pourra les investir dans des produits financiers plus dynamiques.

La commission a *adopté* l'article 15 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 15

Diversification et assouplissement du placement des actifs du Fonds de réserve pour les retraites

Suivant l'avis favorable de **M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a *adopté* un amendement présenté par **M. Denis Jacquat** destiné à accroître la souplesse de gestion du fonds de réserve pour les retraites (FRR) de manière à adapter ce cadre de gestion à l'évolution des marchés financiers, tout en offrant au FRR les moyens d'une meilleure réactivité, dans le respect de sa politique d'investissement appelée à rester inchangée.

Article 16

Modalités de versement de l'acompte versé par les établissements financiers au titre des contributions sociales dues sur les revenus des placements

Cet article propose de modifier les modalités de versement de l'acompte versé par les établissements financiers au titre des contributions sociales dues sur les revenus des placements pour une année considérée. Il s'agit d'appliquer pleinement la réforme de la comptabilité des organismes sociaux visant à ce qu'ils tiennent leur comptabilité en respectant le principe des droits constatés.

1. Le dispositif actuel

À l'inverse des prélèvements sur les revenus du patrimoine, prélevés après déclaration des revenus, les contributions sociales sur les produits de placements sont versées à l'administration fiscale par les banques et les assurances pour le compte de leurs clients. L'agence centrale comptable du Trésor (ACCT) centralise

cette recette pour toutes les trésoreries générales et la reverse généralement à l'ACOSS le 5 et le 25 de chaque mois.

Un système d'acomptes relatif à la CSG due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier a été mis en place. Ces acomptes sont calculés sur 90 % des sommes versées l'année précédente au titre des mois de décembre et janvier de l'année précédente ; cette disposition permet de prendre en compte une éventuelle baisse du produit de la CSG. Ils sont reversés au régime général dans une proportion de sept-neuvièmes en septembre et de deux-neuvièmes en novembre. Une fois les montants exacts de produits de placement de l'année écoulée connus, le solde éventuel est versé en début d'année. Ce système ne concerne que certains produits de placements dont la liste est précisée par le code de la sécurité sociale.

2. Les motivations de la mesure proposée

Le but est que les régimes de la sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement perçoivent sur une année donnée l'ensemble des contributions sociales portant sur les revenus financiers de cette même année. Cette finalité est pleinement compatible avec la réforme visant à ce que les organes de la sécurité sociale tiennent une comptabilité en droits constatés. Le mécanisme est par ailleurs élargi à l'ensemble des produits de placement mentionnés à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale.

Les acomptes s'appliqueront désormais à l'ensemble des produits de placement et représenteront 100 % des sommes versées l'année précédente, à hauteur de 80 % en septembre et de 20 % en novembre.

De plus, sur le modèle applicable à l'impôt sur les sociétés, les établissements financiers pourront verser un acompte inférieur au montant versé l'année précédente lorsqu'ils estiment que le montant dû sera inférieur. Cette option s'accompagne d'une pénalité en cas de sous-estimation par le redevable du montant de la CSG dû (majoration de retard de 5 %). La pénalité est prévue à l'article 1731 du code général des impôts.

3. Le dispositif proposé

Le I du présent article propose de modifier le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale. Cet article, qui concerne la contribution assise sur les revenus de placement, a fait l'objet de dix-sept modifications depuis 1993, ce qui reflète l'instabilité du droit en la matière. Le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale fixe les règles de versement des acomptes dus par les établissements payeurs.

Le 1 du IV de l'article L. 136-7 dispose que la CSG due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne logement, sur les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation et sur les produits des plans d'épargne populaire

fait l'objet d'un versement déterminé d'après les revenus des mêmes placements soumis l'année précédente à la CSG au cours des mois de décembre et janvier et retenus à hauteur de 90 % de leur montant. Son paiement doit intervenir le 25 septembre pour sept-neuvièmes de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les deux-neuvièmes restants. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires.

Lors du dépôt en janvier et février des déclarations, l'établissement payeur procède à la liquidation de la contribution. Lorsque le versement effectué en application du 1 est supérieur à la contribution réellement due, le surplus est imputé sur la contribution sociale généralisée due à raison des autres produits de placement et, le cas échéant, sur les autres prélèvements ; l'excédent éventuel est restitué.

Le A du I vise à modifier le 1 du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale afin que la CSG due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement fasse l'objet d'un versement déterminé sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la CSG au titre des mois de décembre et janvier. Ce versement devra désormais intervenir le 25 septembre pour 80 % de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les 20 % restants. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires.

Le B du I, visant l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, propose que l'établissement payeur, lorsqu'il estime que le versement dû est supérieur à la contribution dont il sera finalement redevable au titre des mois de décembre et janvier puisse réduire ce versement à due concurrence. Ce mécanisme peut être considéré comme une contrepartie à la modification du calendrier de versement des acomptes. Il permet d'introduire de la souplesse dans le dispositif, au bénéfice des établissements payeurs.

Le C du I complète l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale par un paragraphe visant le cas où la contribution sociale généralisée réellement due au titre des mois de décembre et janvier est supérieure au versement réduit par l'établissement payeur en application de la modification proposée par le B du I du présent article. Dans cette configuration, la majoration prévue au 1 de l'article 1731 du code général des impôts s'applique à cette différence.

L'assiette de cette majoration est toutefois limitée à la différence entre le montant du versement effectivement dû et celui réduit par les établissements payeurs.

Le II du présent article est une mesure de coordination rédactionnelle visant le code de l'action sociale et des familles.

4. Les conséquences de la mesure

Selon l'ACOSS, le montant de CSG sur les produits de placement versé au régime général serait augmenté en 2007 d'environ 350 millions d'euros en droits constatés par l'application de cette mesure. La masse financière relative aux acomptes versés en fin d'année est susceptible de s'accroître. Cette augmentation s'imputera au premier acompte versé. L'ensemble des revenus de placement sera soumis l'année prochaine à ce système d'acomptes ; en outre, les montants versés par l'État à l'ACOSS correspondront à 100 % des sommes recouvrées auprès des organismes financiers l'année précédente et non plus 90 %. Le premier versement reste fixé au 25 septembre, mais à hauteur de 80 % de la CSG due, soit une augmentation de 10 points par rapport à la situation actuelle. Le deuxième acompte sera toujours versé le 25 novembre à hauteur de 20 % de la CSG due. En outre, le solde éventuel versé en début d'année sera rattaché comptablement à l'exercice précédent.

Cette mesure ne devrait avoir aucun impact direct pour les particuliers. L'annexe relative aux mesures nouvelles évalue le surplus de recettes sur 2007 à 365 millions. Le surcroît de recettes sur 2007 devrait se répartir comme suit : 300 millions d'euros pour la CNAM, 50 millions d'euros pour la CNAF et 15 millions d'euros pour la CNAVTS. Les autres bénéficiaires sont le FSV, la CNSA et le FRR.

Le rapport 2007 sur les prélèvements obligatoires⁽¹⁾ relève que cette mesure pourrait « *se traduire par une anticipation de 430 millions d'euros de recettes en 2007* ». En 2008, la mesure devrait se traduire, selon le rapport sur les prélèvements obligatoires, par une diminution des recettes d'un montant équivalent.

*

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian présenté par **M. Bruno Gilles**, tendant à exclure les contrats d'assurance vie et les contrats de capitalisation en unités de compte du champ d'application des nouvelles modalités de versement par les établissements financiers des sommes dues au titre de la contribution sociale généralisée portant sur les revenus de placement.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a donné un avis défavorable au motif que l'amendement vise des sommes effectivement dues, et non des montants prévisionnels. Dès lors, l'argument relatif à la difficulté de prévision de la valeur de l'unité de compte est inopérant.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 16 sans modification.

(1) Rapport présenté par le gouvernement en application de l'article 52 de la LOLF et retraçant l'ensemble des prélèvements obligatoires ainsi que leur évolution.

Article 17

Répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie du produit de la contribution sociale généralisée

Cet article propose de réaménager les modalités d'attribution aux régimes obligatoires d'assurance maladie de la fraction de contribution sociale généralisée (CSG) qui leur est affectée.

1. Éléments de contexte

L'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, dispose que l'ACOSS centralise la part du produit des différentes composantes de la CSG et la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie. Chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la CNAM, reçoit un montant égal à celui perçu au titre de l'année 1998 corrigé de l'impact sur douze mois civils de la substitution de la contribution sociale généralisée aux cotisations d'assurance maladie.

Ce montant est réactualisé au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette « revenus d'activité et de remplacement » de la CSG attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie entre les deux derniers exercices connus, soit pour le 1^{er} janvier de l'année N, les exercices N-3 et N-2. Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale.

La CNAM reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après cette répartition. Il importe donc de souligner que la CNAM est en fait affectataire de dernier rang.

Ce dispositif laissant à la CNAM le reliquat du produit de la CSG après affectation aux autres régimes, compte tenu du mode de calcul de la part des autres régimes, fait peser sur la branche maladie du régime général les variations de la conjoncture économique. Alors que le produit total de la CSG pour l'année N évolue en fonction de l'évolution de l'assiette entre l'année N et N-1, le produit de la CSG affecté aux autres régimes que la CNAM évolue en fonction de l'évolution de l'assiette entre N-3 et N-2.

En conséquence, la CNAM perçoit beaucoup moins de recettes CSG dès que la conjoncture faiblit ; à l'inverse, sa part augmente rapidement dès que la croissance économique devient plus dynamique ou que le rendement de la CSG augmente.

Jusqu'en 2004, les régimes d'assurance maladie autres que le régime général ont bénéficié d'augmentations du produit de la CSG plus fortes que celles

de la CSG maladie prise dans son ensemble. Le produit de la CSG affectée à la CNAM a progressé moins vite que l'ensemble.

En 2005, cette situation s'inverse. La CSG affectée à la CNAM augmente beaucoup plus vite que celle des autres régimes d'assurance maladie (+ 9,6 % contre + 3,3 %) du fait des modifications introduites par la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004. En 2006, l'écart serait encore important en raison de la modification des règles de prélèvements sociaux sur les PEL décidée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. Selon le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2006, la CNAM a perçu en 2006 46,9 milliards d'euros de recettes CSG ; les autres régimes ont perçu 6,6 milliards d'euros.

En 2007, ces évolutions s'inverseraient au profit des autres régimes d'assurance maladie.

La loi de financement pour 2000 a prévu qu'une commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application du dispositif. Il propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime.

2. Le dispositif proposé

Le **I** du présent article propose de garantir que la CNAM perçoive bien les recettes supplémentaires créées par la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, qui a notamment élargi l'assiette de la CSG.

En outre, le **I** propose d'introduire un mécanisme permettant aux régimes qui en font la demande d'obtenir une majoration du montant de CSG maladie s'ils peuvent justifier d'une évolution, sur trois exercices, de l'assiette de leurs cotisations maladie supérieure à l'évolution de la CSG.

Le 1° du **I** vise à garantir que la CNAM soit bien destinataire du surplus de recettes CSG décidé par la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

Le **I** de l'article 72 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a diminué de 2 % (de 5 à 3 %) le taux forfaitaire de la réduction d'assiette (représentative des frais professionnels) de la CSG sur les salaires afin d'améliorer le rendement de cette recette en faveur de la CNAM.

Afin de ne pas reporter l'impact de cette majoration d'assiette sur la réactualisation annuelle des montants de CSG maladie attribués aux régimes autres que la CNAM, il convient de préciser que cette réactualisation est calculée en fonction de l'évolution, sur les deux derniers exercices connus, de l'assiette de la CSG sur revenus d'activité et de remplacement avant l'application de la diminution de la réduction forfaitaire d'assiette décidée par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

En conséquence, il est proposé de modifier la rédaction de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale afin que la réactualisation des montants attribués aux régimes d'assurance maladie soit déterminée sur la base de la progression tendancielle de l'assiette de la CSG, en neutralisant l'effet sur cette évolution de la modification du taux de la réduction forfaitaire de l'assiette. Cette mesure répond à l'objectif de la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, le renforcement du financement de la CNAM.

Compte tenu du **II** du présent article (cf. *infra*), la répartition du produit de la CSG en 2007 tiendra donc compte de l'évolution de l'assiette entre 2004 et 2005, sans qu'il soit tenu compte de l'élargissement de l'assiette.

Le 2° du **I** du présent article vise à créer un mécanisme visant à permettre à certains régimes pouvant justifier d'une évolution de leur masse salariale supérieure aux évolutions de la CSG prises en compte pour la revalorisation annuelle des attributions du produit de la CSG de percevoir une majoration du produit de la CSG. Cette disposition pourrait avoir un effet inverse de la disposition visée au 1° du **I** de l'article, en minorant le reliquat de CSG affecté à la branche maladie du régime général.

Il est donc proposé de compléter le troisième alinéa de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale afin d'insérer un dispositif permettant, tous les trois ans, aux régimes qui en font la demande, d'obtenir une majoration du montant de CSG maladie qui leur est attribué, lorsqu'ils pourront justifier sur les trois exercices précédents d'une évolution de l'assiette de leurs cotisations maladie supérieure à l'évolution de la CSG.

Cette disposition fait suite au bilan de l'application des dispositions de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale. La commission de répartition a en effet suggéré la mise en place d'un dispositif d'ajustement des montants de CSG maladie attribués aux régimes d'assurance maladie autres que la CNAMTS. Cette recommandation vise à prendre en compte le cas de régimes dont le dynamisme de la masse salariale est nettement supérieur aux évolutions de la CSG prises en compte pour la revalorisation annuelle des attributions. Elle permettra de réduire la sensibilité de la CNAM aux variations de rendement de la CSG ou à la conjoncture économique.

Selon l'exposé des motifs du présent article, ce système devrait notamment bénéficier à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) qui, en raison de la structure démographique de ses affiliés, enregistre une évolution très dynamique de la masse salariale de ses cotisants.

Le **II** du présent article concerne l'application dans le temps des deux dispositifs mentionnés plus haut. Il propose de rendre applicable le mécanisme de garantie au bénéfice de la CNAMTS (1° du **I**) aux montants des attributions de

CSG fixés par arrêté au titre de l'année 2007 et de rendre applicable le mécanisme visé par le 2° du I aux attributions de CSG relatives à l'exercice 2008.

*

La commission a *adopté* l'article 17 sans modification.

Après l'article 17

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à prévoir la majoration de la contribution sur le chiffre d'affaires à la charge des entreprises pharmaceutiques lorsque celles-ci consacrent une part de leurs dépenses à la recherche et au développement inférieure au tiers du chiffre d'affaires comptabilisé au cours du dernier exercice clos.

Mme Jacqueline Fraysse a déploré qu'aujourd'hui seulement près de 14 % du budget des laboratoires sont destinés à la recherche de nouvelles molécules contre 30 % pour la communication.

M. Jean-Pierre Door a émis des doutes sur ces deux chiffres, le premier étant probablement plus près de 20 %.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé qu'il importe de tenir compte de la définition du budget de la recherche retenue.

Mme Jacqueline Fraysse a considéré qu'il y a effectivement peut-être là un élément d'explication.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, se déclarant très sensible à la nécessité d'encourager la recherche, a estimé qu'en tout état de cause, ce n'est pas à la loi d'imposer aux entreprises leur niveau de dépenses en matière de marketing, sauf à changer radicalement de régime économique.

Mme Jacqueline Fraysse a fait observer que les produits de l'industrie pharmaceutique ne sont pas des marchandises comme les autres. En effet, la collectivité publique procède à un certain nombre de remboursements et les laboratoires trouvent un intérêt à la pérennité de ces mécanismes. Aussi est-il normal que l'ensemble de ces pratiques soient encadrées.

Le président Jean-Michel Dubernard a évoqué la dimension internationale d'un certain nombre d'entreprises et la difficulté, dans certains cas, d'établir des indicateurs chiffrés relatifs au niveau de recherche pour un pays particulier.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 18

**Taux de la contribution des laboratoires pharmaceutiques
assise sur leur chiffre d'affaires**

Cet article propose de fixer le taux de la contribution des laboratoires pharmaceutiques assise sur leur chiffre d'affaires de 2007 à 1 %. Il précise que ce taux est porté à 1 % « à titre exceptionnel » et que l'augmentation porte donc uniquement sur l'année 2007.

1. Éléments de contexte

Cette contribution visée par l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (au taux de 0,525 %). Elle a été pérennisée par l'article 74 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, au taux de 0,6 %. La contribution permet d'abonder les recettes de la CNAMTS.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 avait proposé de fixer ce taux à 1,96 %, permettant de dégager 300 millions d'euros au bénéfice de la branche maladie du régime général. L'Assemblée nationale avait adopté finalement un taux de 1,5 %.

Après de nombreux débats et la réunion de la commission mixte paritaire, le VII de l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 fixe un taux de 1,76 %. Ce même article exclut de l'assiette de la contribution les médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement CE n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 1999 concernant les médicaments orphelins, sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable au titre de ces médicaments ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros par spécialité.

La baisse du taux proposé pour 2007 vise à prendre en compte le fort ralentissement de la dépense de médicaments observé en 2006.

2. L'impact financier

Le rendement de cette contribution en 2005 a atteint 124 millions d'euros. Le rendement attendu en 2006 est de 368 millions d'euros.

Selon l'information donnée par l'annexe relative au chiffrage des mesures nouvelles, la mesure proposée par le présent article devrait conduire en 2007 à augmenter de 100 millions d'euros le produit de cette contribution par rapport à une situation où le taux de cette contribution serait de 0,6 %.

Par rapport à la situation de 2006 (où le taux était de 1,96 %), la perte de recettes, selon le rapport sur les prélèvements obligatoires, est de 170 millions d'euros.

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

Mme Jacqueline Fraysse a précisé que cet amendement s'inscrit dans une démarche analogue à celle de l'amendement précédent.

M. Jean-Luc Prével a fait observer que la suppression de cet article du projet de loi, qui fixe à 1 % le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique au cours de l'année 2007, aurait comme conséquence de revenir au taux normal, c'est-à-dire 0,6 %. Est-ce vraiment l'intention des auteurs de l'amendement ?

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a abondé dans ce même sens et donné un avis défavorable à l'adoption de l'amendement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles proposant de ramener le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires précitée au taux normal de 0,6 %.

Le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a considéré que le présent projet de loi a trouvé un bon équilibre avec le taux de 1 % et a donné un avis défavorable à l'adoption de l'amendement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a également *rejeté* un amendement de repli de M. Bruno Gilles visant à porter ce taux à 0,8 %.

La commission a *adopté* l'article 18 sans modification.

Article 19

Affectation du produit net comptable des cessions des terrains et des bâtiments des établissements de santé à la CNAMTS

Cet article propose que les établissements de santé, quel que soit leur statut, puissent reverser à la CNAMTS le produit net comptable des cessions des terrains et des bâtiments.

1. Le régime juridique applicable

Les établissements publics de santé (EPS) sont des personnes morales de droit public, dotées de l'autonomie administrative et financière. Les EPS sont généralement propriétaires des immeubles nécessaires à l'exercice de leurs missions. Les règles de la domanialité publique s'appliquent à ces immeubles.

Par ailleurs, certains d'entre eux possèdent des biens immobiliers non affectés aux soins et productifs de revenus ; ceux-ci sont modestes : 66 millions d'euros en 2005. Les décisions d'acquisitions, d'aliénations, d'échanges d'immeubles et leur affectation, ainsi que les conditions de conclusion des baux de plus de dix-huit ans, relèvent de la compétence du conseil d'administration, conformément à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique. Les délibérations prises en ces matières sont exécutoires de plein droit.

D'un point de vue budgétaire et comptable, le produit des cessions d'immobilisations est inscrit dans le compte de résultat de l'exercice au cours duquel la cession a eu lieu. Dans le cadre de la réforme portant tarification à l'activité et ayant institué l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), le produit des cessions d'immobilisations est affecté au financement des investissements.

Selon les informations transmises au rapporteur, le produit total des cessions d'immobilisations (biens meubles et immeubles) par les EPS a atteint 264 millions d'euros en 2004 et 114 millions d'euros en 2005. Sur la période 1996-2005, le montant moyen atteint 106 millions d'euros.

S'agissant des établissements de santé privés, le régime de leurs cessions immobilières dépend des différents statuts juridiques dont relèvent les établissements. Les cliniques relèvent du droit commercial ; dans la plupart des cas, une SCI loue les locaux à la société exploitante. Le régime des cessions applicable aux centres de lutte contre le cancer, personnes morales de droit privé, est proche de celui est applicable aux EPS. Les établissements gérés par des associations ou fondations se voient appliquer les règles auxquelles est soumise la personne morale gestionnaire. Celles-ci relèvent du droit privé. Il convient enfin de mentionner les dispositions de l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique. En cas de fermeture définitive d'un établissement ou d'un service géré par un organisme privé, les sommes affectées à l'établissement ou au service fermé apportées par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics ou par les organismes de sécurité sociale et ayant permis le financement de l'actif immobilisé de l'établissement ou du service ont reversé à une collectivité publique ou à un établissement privé poursuivant un but similaire. Ces sommes sont revalorisées selon des modalités fixées par décret.

2. Le dispositif proposé

Le programme de modernisation du patrimoine hospitalier de grande ampleur lancé en 2003 par le ministre chargé de la santé dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », dont il constituait le volet investissement, est aujourd'hui engagé à plus de 80 %. Ce programme vise une rénovation rapide des équipements hospitaliers grâce à un investissement supplémentaire de dix milliards d'euros.

L'effort consenti par l'assurance maladie est considérable, avec plus d'un milliard d'euros d'aide en capital et plus de dix milliards d'euros d'aide en

fonctionnement sur vingt ans. Au volet investissement du plan « Hôpital 2007 » s'ajoute le volet investissement du plan « Psychiatrie santé mentale », ce qui représente en tout plus de 100 millions d'euros d'aide en capital et 1,3 milliard d'euros d'aide en fonctionnement sur vingt ans.

Il est donc justifié que l'effort considérable réalisé au bénéfice des établissements de santé, publics comme privés, ait pour contrepartie une meilleure valorisation du patrimoine des établissements de santé. Tous les établissements qui bénéficient du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ou du plan « Hôpital 2007 » sont concernés. Ainsi, une clinique peut avoir intérêt à reverser une partie du produit de ses cessions pour bénéficier d'une aide d'investissement, notamment dans une vision pluriannuelle.

Le dispositif proposé consiste en l'affectation du produit net comptable (hors frais de gestion) à la CNAMTS du produit des cessions des immeubles et terrains. Les modalités de mise en œuvre du dispositif seront précisées par voie réglementaire, au terme d'une concertation avec les représentants des établissements.

Selon l'annexe 9 au présent projet, le produit des cessions permettra d'abonder les recettes 2007 de la CNAMTS d'environ 115 millions d'euros. Le présent article ne prévoit pas d'affectation particulière pour le produit de ces cessions. Cependant, il faut rappeler que l'assurance maladie finance, grâce à sa contribution au FMESPP, 150 millions d'euros d'investissements hospitaliers. En outre, 3,5 % de l'ONDAM hospitalier financent les surcoûts d'amortissement et de frais financiers liés aux investissements réalisés dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ».

Affecter le produit des cessions d'actifs au FMESPP aurait présenté l'avantage de faire financer des dépenses d'investissement par des recettes issues de cession d'actifs. Cependant, selon les informations transmises au rapporteur par le ministère de la santé, compte tenu des délais de mise en œuvre de la mesure, cela aurait été susceptible de pénaliser les établissements qui souhaitent se lancer dans des opérations d'investissement dès le début de l'année 2007.

3. L'impact financier de la mesure

Le reversement atteindrait un montant total de 115 millions d'euros pour l'année 2007. Dans l'annexe relative aux mesures nouvelles, cette mesure est comptabilisée à hauteur de 115 millions d'euros comme recettes supplémentaires du régime général sous l'appellation « valorisation du patrimoine hospitalier ».

*

La commission a examiné deux amendements de suppression de l'article, l'un de M. Claude Evin, présenté par Mme Catherine Génisson, et l'autre de M. Jean-Luc Prével.

Mme Catherine Génisson s'est élevée contre ce dispositif permettant aux établissements de santé de reverser à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) une partie du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments. En effet, les difficultés financières des hôpitaux publics sont aujourd'hui considérables. En outre, la rédaction de cet article, qui s'apparente à une pétition de principe, est bien imprécise.

M. Jean-Luc Prél a déclaré qu'il est essentiel de favoriser l'investissement des établissements hospitaliers. Au reste, on ne peut oublier que la taxe sur la valeur ajoutée prélevée sur les travaux d'investissement constitue une forme d'enrichissement pour l'Etat. Par ailleurs, il est vrai que le dispositif proposé est peu clair. Quels sont les critères de mise en œuvre ? Quelle serait la part du produit qui serait reversée ? De plus, la référence au « produit net comptable des cessions des terrains et bâtiments » est imprécise.

Le président Jean-Michel Dubernard, après avoir relevé la qualité de président de la Fédération hospitalière de France du premier signataire du premier amendement, a fait remarquer que le patrimoine hospitalier appartient à chaque structure hospitalière. Si l'on souhaite les pousser à se débarrasser de ce patrimoine, pourquoi pas, mais dans ce cas, le produit des cessions doit revenir aux établissements.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a pris acte de l'ensemble de ces déclarations et indiqué qu'il proposerait un amendement à venir en discussion destiné à permettre l'affectation du produit des cessions au plan Hôpital 2007. Par ailleurs, on peut effectivement comprendre les interrogations relatives aux imprécisions rédactionnelles. Il faut néanmoins rappeler que les reversements visés par cet article n'ont pas vocation à être automatiques et qu'ils pourront être discutés avec le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) dans un cadre pluri-annuel. Le dispositif proposé s'inspire pour partie des pratiques mises en œuvre par le ministère de l'économie et des finances s'agissant de la valorisation du patrimoine de l'Etat.

M. Jean-Luc Prél a par avance indiqué que la synthèse proposée dans l'amendement du rapporteur à venir ne lui semble pas répondre à la question posée. On ne peut voir d'un bon œil le reversement à la CNAMTS d'une partie des immeubles et terrains des établissements de santé.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a ensuite examiné l'amendement annoncé de M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et visant à ce que l'article du projet de loi précise que les reversements des établissements sont utilisés au financement des investissements hospitaliers.

Le président Jean-Michel Dubernard a considéré que la rédaction de l'amendement pourra encore être améliorée.

Mme Catherine Génisson a regretté que l'ensemble de l'article 19 n'ait pas été supprimé car ce dispositif imprécis ne renvoie même pas à un décret le soin de déterminer ses modalités d'application. S'agissant de l'amendement maintenant discuté, il faut craindre qu'il soit incompatible avec les règles prévalant en matière de lois de finances : il semble difficile en effet de pouvoir affecter une recette à une dépense. Néanmoins, il faut reconnaître une certaine avancée par rapport au texte de l'article initial.

M. Denis Jacquat a rappelé que beaucoup d'immeubles des hôpitaux sont le fruit de donations ou legs, souvent assortis de conditions, et qu'il est essentiel de respecter ces conditions en tout état de cause.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé qu'en effet ce n'est pas à la loi de remettre en cause des règles valables en matière testamentaire. L'amendement du rapporteur n'aurait de sens que s'il existait à l'intérieur de la CNMATS un compte spécifiquement dédié à l'investissement hospitalier, ce qui n'est pas le cas. Cet amendement est donc un vœu pieu, proposant un dispositif totalement inapproprié dont on peut se demander s'il n'est pas dénué d'arrière-pensées électorales.

M. Pierre Morange a également insisté sur le nécessaire respect des dispositions relatives aux legs, tout en évoquant, s'agissant de la traçabilité des opérations financières, l'existence du Fonds de modernisation des établissements publics et privés (FMESPP).

M. Jean-Marie Le Guen a fait observer que ledit fonds est destiné à favoriser la mobilité des personnels.

Le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général a souligné que le fonds de modernisation est abondé par la CNAMTS. L'amendement constitue un signal fort à l'adresse du ministre en charge de la santé pour l'inciter à prendre publiquement un engagement sur l'affectation des sommes en cause.

M. Jean-Luc Prél a évoqué la difficulté plus générale rencontrée par les établissements pour se moderniser et se mettre en conformité avec les nouvelles normes. Il existe un vrai problème de « subvention inversée » posé par l'existence de la taxe sur la valeur ajoutée sur les travaux immobiliers réalisés par les hôpitaux. En définitive, la question posée est celle de l'autonomie des établissements s'agissant de la gestion de leur patrimoine. Au total, le dispositif proposé s'apparente à une tuyauterie. Il serait préférable de laisser chaque établissement libre de financer ses propres travaux.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que les montants financiers mobilisés dans le cadre du plan Hôpital 2007 représentent un effort colossal inédit depuis les années 1960. En tout état de cause, il est essentiel d'adopter cet amendement.

La commission a *adopté* l'amendement.

Puis la commission a *adopté* l'article 19 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 19

Appel des décisions judiciaires concernant les salariés agricoles victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à supprimer la disposition du code rural privant, dans certains cas, les salariés agricoles victimes d'un accident du travail du droit de faire appel d'une décision judiciaire relative à la fixation du taux d'incapacité permanente consécutive à l'accident, dès lors que ce taux est inférieur à 10 %.

M Jean-Marie Le Guen a estimé que la discrimination à l'encontre des salariés agricoles est injuste et, plus largement, témoigne de la façon dont le gouvernement traite la branche accidents du travail dans ce projet de loi.

Après que **M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis favorable, la commission a *adopté* l'amendement.

Article 20

Recours des caisses contre les tiers responsables de dommages occasionnés à un assuré social

Cet article comporte une série de propositions visant à améliorer les conditions des recours des caisses de sécurité sociale contre les tiers responsables de dommages occasionnés à un assuré social.

Le recours des caisses de sécurité sociale contre les tiers responsables est une procédure régie par les articles L. 376-1 à L. 376-3 du code de la sécurité sociale et l'article L. 454-1 du même code pour les accidents du travail.

Les caisses bénéficient d'un droit d'action propre contre le tiers responsable pour obtenir le remboursement des prestations servies à la victime. Les conditions d'exercice de ce droit ont été améliorées par le I de l'article 8 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Le **I** du présent article vise à harmoniser les conditions de recours contre tiers en ce qui concerne l'information de l'assuré et de la caisse de sécurité sociale. En effet, en matière d'accident du travail, la procédure de recours contre tiers prévue par l'article L. 455-2 du code de la sécurité sociale oblige la caisse de sécurité sociale à informer la victime de son recours contre le tiers. Or cette obligation ne s'applique pas à la caisse dans le cadre de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale, applicable aux autres prestations versées par les régimes de la sécurité sociale.

Il est donc proposé de modifier le sixième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale en ce sens. La deuxième phrase de cet alinéa prévoit que l'intéressé (la victime assuré social) ou ses ayants droit doivent appeler les caisses de sécurité sociale en déclaration de jugement commun. À défaut, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans. Il est proposé que cette phrase soit complétée par les mots suivants : « *ou réciproquement* ». Ainsi, la caisse devra appeler l'intéressé ou son ayant droit si elle exerce un recours contre le tiers responsable.

Le **II** du présent article concerne le recours contre le tiers responsable exercé dans le cadre des accidents du travail et les maladies professionnelles.

L'article L. 455-2 du code de la sécurité sociale ne prévoit pas que la nullité du jugement puisse être demandée si l'intéressé ou ses ayants droit n'appelle pas la caisse de sécurité sociale en déclaration de jugement commun. Le **II** propose donc de combler cette lacune en modifiant l'article L. 455-2 du code de la sécurité sociale en conséquence. Grâce à cette nouvelle disposition, en cas d'absence d'appel en jugement commun des caisses, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans à compter de la date à laquelle le jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y ont intérêt. Cette mesure est donc très favorable au droit de recours des caisses contre les tiers responsables en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Dans le cas d'un accident de la circulation, le **III** du présent article permet aux caisses d'allocations familiales (CAF) d'exercer un recours contre le tiers responsable des dommages aux fins de récupérer les prestations familiales versées suite à ces dommages. En effet, comme le souligne l'exposé des motifs, le code de la sécurité sociale ne contient pas de dispositions spécifiques précisant que les prestations familiales peuvent faire l'objet d'une récupération auprès des tiers responsables des dommages.

Il est donc proposé d'ajouter dans le code de la sécurité sociale un article L. 583-4 nouveau précisant que les dispositions du chapitre II de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures sont applicables aux prestations familiales mentionnées aux livres V (prestations familiales du régime général) et VII du code de la sécurité sociale (prestations familiales des autres régimes).

Le chapitre II de la loi précitée aborde le problème des recours des tiers payeurs contre les personnes tenues à réparation d'un dommage résultant d'une atteinte à la personne. La modification permet l'application des dispositions relatives au recours contre les tiers de la loi tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation aux recours de caisses visant à récupérer les prestations familiales versées en raison de l'accident.

Les prestations familiales qui ouvrent droit à un recours contre la personne tenue à réparation ou son assureur sont définies par décret.

Le **IV** du présent article vise à permettre aux juridictions pénales de condamner l'auteur de l'infraction à payer à la partie intervenante les frais qu'elle a pu exposer.

À cette fin, il propose de modifier l'article 475-1 du code de procédure pénale, qui autorise le tribunal à condamner l'auteur de l'infraction à payer à la partie civile la somme qu'il détermine, au titre des frais non payés par l'Etat et exposés par celle-ci. En effet, la Cour de cassation a considéré jusqu'à présent que les dispositions de cet article 475-1 ne s'appliquent pas aux organismes sociaux. Ceux-ci sont considérés comme des intervenants à l'instance et non comme des parties civiles.

Cette mesure constitue une mesure d'harmonisation avec les dispositions du nouveau code de procédure civile. L'article 700 de ce code, d'application très générale, permet en effet déjà aux organismes sociaux de récupérer les frais autres que les dépens devant les juridictions civiles.

Selon l'annexe 9 au présent projet, ces mesures, qui répondent en partie à une demande de la CNAMTS, devraient rapporter en 2007 un montant de ressources supplémentaires d'un montant de 150 millions d'euros. Cela représente une augmentation relative du montant total des produits issus du recours contre tiers d'environ dix pour cent.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article présenté par M. Jean-Marie Le Guen.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé que cet article du projet de loi ne tire pas les leçons de récents rapports portant sur les recours contre tiers.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a émis un avis défavorable à l'adoption de l'amendement. L'article permet d'améliorer les conditions de recours contre tiers, ce qui est de bonne gestion pour les finances de la sécurité sociale. Il permet aux caisses d'obtenir, auprès des juridictions pénales, le remboursement de frais non compris dans les dépens. Les modifications proposées répondent, en partie à une demande de la CNAMTS adressée au ministre chargé de la sécurité sociale en décembre 2004. De plus, les mesures relatives aux prestations familiales ne modifient pas les réflexions en cours sur une réforme de l'indemnisation du dommage corporel. Elles visent à optimiser les actions de recours contre tiers menées par les caisses de sécurité sociale, notamment les CAF. Il s'agit de lever les ambiguïtés nées d'une décision de justice afin de préciser que les CAF peuvent bien exercer des recours contre tiers pour des prestations en lien avec le dommage.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 20 sans modification.

Article additionnel après l'article 20

Elargissement des missions des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian, présenté par M. Bruno Gilles et visant à assurer un meilleur recouvrement des contributions de l'assurance chômage et des cotisations dues à divers organismes de retraite complémentaire.

M. Bruno Gilles a indiqué que, dans le cadre des contrôles effectués par les unions de recouvrement, les agents chargés de ce contrôle sont amenés à vérifier l'assiette des cotisations déclarées auprès d'organismes ne disposant pas de leur propre corps d'inspection. Or, en l'état actuel du droit, les inspecteurs de recouvrement ne procèdent pas au calcul des contributions chômage et des cotisations dues aux organismes de retraite complémentaire, alors que l'assiette de ces prélèvements est similaire à celle du régime général. Ainsi, les régimes d'assurance chômage et de retraite complémentaire se privent d'une source non négligeable de rentrées de cotisations.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué qu'il pourrait être favorable à l'amendement si les organismes concernés étaient vraiment intéressés par la proposition.

M. Bruno Gilles a confirmé que les organismes concernés sont demandeurs.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 21

Absence de compensation par l'Etat des pertes de recettes pour la sécurité sociale des mesures relatives à l'assujettissement des stagiaires en entreprise, au contrat de transition professionnelle et à l'extension de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises

Conformément au IV de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article propose d'approuver l'absence de compensation par l'Etat de la perte de recettes pour les régimes de la sécurité sociale que représentent trois dispositifs distincts : l'assujettissement des stagiaires en entreprise, les rémunérations versées à l'occasion d'un contrat de transition et l'extension du bénéfice de l'ACCRE.

1. Éléments de contexte

L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, prévoit un principe de compensation par le budget de l'Etat de l'ensemble des mesures d'exonération de cotisation ou de réduction d'assiette sociale. Depuis la publication de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale du 2 août 2005 et conformément au IV de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, seule une loi de financement de sécurité sociale peut déroger à cette règle. En application de ce principe, l'objet du présent article est donc de présenter trois mesures non compensées par l'Etat.

2. Le dispositif proposé

Le **I** de l'article propose de modifier l'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale en le complétant par un alinéa visant à ce que les dispositions relatives à l'assujettissement des stagiaires en entreprises ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

La loi n° 2006-396 relative à l'égalité des chances du 31 mars 2006 dispose que seuls sont autorisés les stages faisant l'objet d'une convention tripartite entre le stagiaire, l'entreprise d'accueil et l'établissement d'enseignement. Elle a également inséré un article L. 242-4-1 nouveau dans le code de la sécurité sociale. Cet article introduit une franchise de cotisations et de contributions de sécurité sociale des sommes versées aux stagiaires dans la limite de 12,5 % du plafond horaire de la sécurité sociale (12,5 % de 19 euros en 2006, soit 2,37 euros), c'est à dire 360 euros par mois en 2006 dans le cas où la durée de présence du stagiaire est égale à la durée légale du travail. Sont concernées les cotisations de sécurité sociale mais aussi la CSG, la CRDS, la contribution solidarité autonomie (CSA), la cotisation logement FNAL et le versement transport. Lorsque la gratification mensuelle du stagiaire, dont le temps de présence est égal à la durée légale du travail, est inférieure ou égale à 12,5 % du plafond horaire de la sécurité sociale, aucune cotisation ni aucune contribution de sécurité sociale n'est donc due. S'agissant des gratifications supérieures à ce seuil, les cotisations et contributions de sécurité sociale sont calculées sur le différentiel entre le montant de la gratification et 12,5 % du plafond horaire de la sécurité sociale. En revanche, les cotisations complémentaires (assurance chômage et retraite complémentaire) ne sont jamais dues.

Suivant l'annexe 5 au projet de loi, les effectifs et le coût de cette mesure ne sont pas encore connus.

Le **II** du présent article vise à ce que l'absence de compensation s'applique dès la publication de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances. La loi est parue au Journal officiel le 2 avril 2006.

Le **III** propose que la mise en œuvre des deux premiers alinéas de l'article 6 de l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 relative à l'expérimentation du

contrat de transition professionnelle ne donne pas lieu à l'application du principe de compensation. Cette non-compensation s'applique à compter de la publication de l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 relative à l'expérimentation du contrat de transition professionnelle et au plus tard jusqu'au 31 mai 2008.

Mis en place à titre expérimental dans certains bassins d'emplois, le contrat de transition professionnelle vise les salariés dont le licenciement pour cause économique est envisagé. Dans les entreprises concernées, le contrat de transition professionnelle se substitue à la convention de reclassement personnalisé. D'une durée maximale de douze mois, le contrat de transition professionnelle a pour objet le suivi d'un parcours pouvant comprendre des mesures d'accompagnement, des périodes de formation, ainsi que des périodes de travail au sein d'entreprises ou d'organismes publics. Pendant la durée du contrat et en dehors des périodes où il exerce une activité rémunérée, l'intéressé perçoit une allocation dite de transition professionnelle, égale à 80 % de son salaire brut antérieur.

L'article 6 de l'ordonnance du 13 avril 2006 dispose que l'allocation versée aux bénéficiaires du contrat de transition professionnelle est soumise au même régime de cotisations et contributions sociales que l'allocation versée aux bénéficiaires de la convention de reclassement personnalisé. De ce fait, l'allocation servie aux bénéficiaires du contrat de transition professionnelle n'entre pas dans l'assiette de la CSG et de la CRDS. Le contrat de transition professionnelle a bénéficié à environ cent personnes.

Compte tenu du caractère expérimental du dispositif et des faibles montants en jeu, l'absence de compensation n'a pas de lourde conséquence.

Le **IV** du présent article propose de compléter l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale par un alinéa qui précise que l'extension de l'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises proposée par l'article 11 du présent projet (cf. commentaire *supra*) ne donne pas lieu à exonérations. L'impact financier sur 2007 est de 100 millions d'euros tous régimes.

Plus généralement, même si les enjeux financiers attachés à ces trois dérogations ne sont pas importants, le rapporteur regrette que l'Etat ne compense pas intégralement les pertes de recettes pour la sécurité sociale que ses décisions peuvent causer.

*

La commission a examiné quatre amendements de suppression de l'article présentés par Mme Jacqueline Fraysse, M. Jean-Marie Le Guen, M. Jean-Luc Préel et M. Dominique Tian.

Mme Jacqueline Fraysse a estimé que son amendement devrait être adopté à l'unanimité : il vise à supprimer la dérogation introduite par l'article pour

permettre à l'Etat de ne pas compenser auprès des régimes de sécurité sociale les exonérations de certaines cotisations sociales.

Mme Catherine Génisson a déclaré que les comptes de l'Etat sont dans un tel état qu'il se dispense de compenser les baisses de recettes que ses décisions occasionnent pour les régimes de sécurité sociale, ce qui est une injustice flagrante. Il s'agit là d'une disposition inacceptable.

M. Jean-Luc Prél a indiqué que la protection sociale ne pouvait être privée de recettes, même au nom de la politique de l'emploi.

M. Bruno Gilles a défendu l'amendement de M. Dominique Tian.

Estimant intéressant d'engager une réflexion sur le thème de l'évaluation de l'efficacité des dispositifs d'exonération de cotisations, réflexion qui fait partie intégrante de son rapport, **M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis défavorable à l'adoption des amendements de suppression.

Sur le principe, il est effectivement peu justifiable que l'Etat ne compense pas les pertes de recettes. Mais, en l'espèce, les montants financiers ne sont pas importants, au moins pour deux des trois dispositifs et la non-compensation n'est donc pas trop pénalisante.

En outre, l'une des dispositions, le contrat de transition, est expérimentale et n'est donc pas pérenne.

Mme Catherine Génisson a estimé qu'il ne s'agit pas là d'une question de montant mais d'une question de principe.

Que le gouvernement mène une politique en faveur de l'emploi est une bonne chose – encore que l'on peut s'interroger sur cette politique – mais il ne doit pas le faire au détriment de la protection sociale. Les cinq années du gouvernement de M. Lionel Jospin ont montré que l'emploi constitue le meilleur soutien de comptes sociaux sains.

Mme Jacqueline Fraysse a ajouté que le fait que les sommes en jeu soient faibles constitue un argument supplémentaire en faveur de la suppression de la disposition.

La commission a *adopté* les quatre amendements.

La commission a donc *supprimé* l'article 21.

Article 22

**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'approuver le montant des compensation des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. Ce montant est de 2,9 milliards d'euros et figure à l'annexe 5 jointe au présent projet.

Les grands chiffres 2007 de la compensation

Selon l'annexe, les chiffres pour 2007 sont les suivants :

- le montant des compensations atteindra 2,9 milliards d'euros ;*
- le montant total des mesures non compensées « pourrait s'établir » (le mode conditionnel est employé par les auteurs de l'annexe) à 2,6 milliards d'euros (contre 2,1 milliards d'euros en 2004 et 2,2 milliards d'euros en 2005) ;*
- le montant des allègements généraux financés par le panier de taxes atteindra 20,2 milliards d'euros ;*
- le coût total des mesures d'exonérations de cotisations et contributions de sécurité sociale, compensées ou non, atteindra 25,6 milliards d'euros.*

La baisse sensible du montant des compensations par rapport à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 s'explique par le fait que les allègements généraux de cotisation, les plus importants, sont désormais financés par l'affectation d'un panier de taxes.

Le montant des compensations dues aux régimes de la sécurité sociale revêt une importance centrale à plusieurs titres. C'est d'abord, compte tenu de leur montant, une variable essentielle en ce qui concerne l'équilibre des finances de la sécurité sociale. C'est aussi le signe d'une déformation profonde de la structure du financement de la sécurité sociale : le paiement de ces compensations par le contribuable fiscal, en lieu et place des cotisants, met en place un processus de fiscalisation des ressources de la sécurité sociale dont tous les effets, notamment les effets de redistribution, ne sont pas documentés. C'est enfin, malheureusement, un sujet de litige quasi permanent entre l'Etat et les partenaires sociaux, alors même que la répartition des montants en jeu n'a aucune importance vis-à-vis des autorités européennes, qui calculent un taux d'endettement global intégrant l'Etat et les régimes d'assurance sociale. La question est d'autant plus aiguë qu'en 2006, le montant des exonérations, rompant avec une évolution historique, augmente à nouveau.

1. Les textes et les différents documents transmis au Parlement

La loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004 a renforcé l'obligation de la compensation en l'appliquant également à toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes de sécurité sociale, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée à compter de la publication de la loi relative à l'assurance maladie ainsi qu'à toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 précitée.

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. »*

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 élever le principe de compensation au niveau organique, indiquer de façon solennelle que l'Etat doit respecter le principe de compensation. Cette volonté est renforcée par une disposition de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale disposant que *« seules des lois de financement peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base. »*

Cette disposition est d'application large puisqu'elle concerne toute mesure de réduction ou d'exonération de contributions affectées aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ou aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit, ou aux organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, à toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions et à toute modification des mesures non compensées à la date de l'entrée en vigueur de la loi organique.

Enfin, la loi de finances pour 2006 a modifié le financement de la compensation des allègements généraux de charges sociales, qui fait désormais l'objet de l'affectation d'un panier de taxes.

S'agissant des dettes de l'Etat, outre l'annexe 5 au présent projet de loi, quatre documents différents recensent régulièrement le montant des dettes de l'Etat : l'état semestriel, le « jaune budgétaire » et le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale.

2. L'état semestriel

L'article L.111-10-1 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 17 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, a aussi introduit l'obligation pour le gouvernement de transmettre au Parlement 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. Ces sommes ne correspondent pas uniquement aux exonérations non compensées mais couvrent aussi le champ des prestations versées au nom de l'Etat par les régimes de sécurité sociale et non remboursées par l'Etat. Le premier rapport rendu à ce titre l'a été au mois de mars dernier ; il rend compte de la situation de trésorerie entre l'Etat et les régimes au 31 décembre 2005.

L'état semestriel relatif au 31 décembre 2005 recense toutes les sommes dues par l'Etat, notamment les dettes les plus anciennes. La situation nette de l'Etat est de - 5,14 milliards d'euros, situation qui inclut les versements intervenus au début du mois de janvier 2006, notamment au bénéfice du Fonds de financement des prestations sociales agricoles. L'Etat doit au régime général 3,6 milliards d'euros. Selon l'ACOSS, le coût pour le régime général des dettes de l'Etat s'élève en 2006 à 150 millions d'euros.

Lors de la rédaction de ce rapport, la communication de l'état prévue avant la fin du mois de juillet 2006 n'est toujours pas intervenue. Selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, cet état montre que l'apurement des dettes de l'Etat reste très modeste : il a en effet payé 254 millions d'euros sur les plus de 5 milliards d'euros dus à la sécurité sociale. Ces apurements correspondent à des dettes sur le champ logement (84 millions d'euros) et les cotisations relatives à certains militaires (101 millions d'euros). À ce rythme, en l'absence de nouvelles dettes et sans ajouter les frais financiers, la dette de l'Etat ne sera éteinte que dans plus de vingt ans.

Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale précise qu'en l'absence de mesures nouvelles sur 2006 relatives à la reprise de dettes, 1 250 millions d'euros de dettes supplémentaires interviendraient sur l'exercice 2006 – soit 25 % de plus par rapport à la situation de la fin de l'année 2005. Ces 1,250 milliard d'euros de dettes nouvelles proviendraient à hauteur de 660 millions d'euros sur le champ des prestations (dont 257 millions d'euros d'aide médicale d'Etat) et 585 millions d'euros sur le champ des exonérations spécifiques (dont les exonérations DOM pour 206 millions d'euros).

Le rapporteur estime que la croissance de la dette de l'Etat envers la sécurité sociale à un rythme de 25 % annuel n'est pas raisonnable. En outre,

compte tenu du niveau conséquent des dettes de l'Etat et de son augmentation, il est assez piquant de constater que la présentation du projet de loi de finances pour 2007 indique froidement qu' « à nouveau en 2007, le budget de l'État est mis à contribution pour financer d'autres administrations publiques, [...dont] la sécurité sociale, avec le transfert de 480 millions d'euros de recettes fiscales ».

3. Le « jaune budgétaire »

À l'automne, le gouvernement remet également au Parlement, conformément à l'article 40 de la loi organique relative aux lois de finances (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. Les compensations, par définition, proviennent du budget de l'Etat, et l'approbation d'un rapport figurant en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale a plus de signification politique que d'importance juridique. En effet, c'est bien en loi de finances que sont votées les dispositions relatives aux compensations, soit en dotations budgétaires (allègements spécifiques), soit en taxes affectées (allègements généraux).

4. Le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale évalue à sept milliards d'euros le montant des créances des organismes de la sécurité sociale sur l'Etat

Le rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale de septembre 2006 évalue le montant des créances des organes de la sécurité sociale sur l'Etat à 7 milliards d'euros au 31 décembre 2005. Ces créances se décomposent ainsi : 3 milliards d'euros s'agissant des prestations, 3,2 milliards d'euros s'agissant des mesures emploi et 683 millions d'euros s'agissant d'autres prestations (principalement le FFIPSA).

• Le contenu de l'annexe

L'annexe 5 au projet de loi, très informative, est composée de trois parties.

La première partie de l'annexe recense 48 dispositifs d'exonération de cotisation et de réduction de contribution en vigueur au 1^{er} septembre 2006. Cette partie permet au lecteur de disposer d'une vue d'ensemble de ces très nombreux dispositifs et d'en mesurer toute la diversité. La deuxième partie de l'annexe fait le point sur les enjeux financiers pour 2005, 2006 et 2007 et commente les tableaux financiers présentés dans la troisième partie.

S'agissant des dispositifs en vigueur, le rapporteur souhaite procéder à des éclairages particuliers sur les nombreuses mesures nouvelles 2006 et les mesures envisagées en 2007. Parmi les mesures nouvelles 2006, on peut noter :

– le dispositif relatif au stagiaire en entreprise (*mesure non compensée*) ;

- l’abattement de 15 points en faveur des particuliers employeurs cotisant sur l’assiette réelle (*compensée*) ;
- le contrat de transition professionnelle (*compensée*) ;
- l’aide à domicile employée par une association ou une entreprise auprès d’une personne non fragile (*compensée*) ;
- la suppression de la cotisation de solidarité pour certains associés de sociétés de personnes non affiliés au régime des exploitants agricoles (*non compensée*) ;
- l’embauche de salariés sous CDI par les groupements d’employeurs agricoles (*compensée*) ;
- la transformation de CDD en CDI par les employeurs de main d’œuvre agricole (*compensée*) ;
- l’embauche de jeunes travailleurs occasionnels de moins de vingt-six ans (*compensée*) ;
- le volontariat associatif (*compensée*) ;
- l’aide du comité d’entreprise ou de l’entreprise pour le financement d’activités de services à domicile – CESU préfinancé (*compensée*) ;
- en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le versement au salarié d’un bonus exceptionnel de mille euros (*non compensée*).

Parmi les mesures envisagées en 2007, on peut noter :

- l’extension différenciée, selon la taille de l’entreprise, de la réduction générale de cotisations patronales (la mesure vise à majorer, à compter du 1^{er} juillet 2007, le taux maximum de cotisations au niveau du SMIC de 2,1 points, ce qui supprime au niveau de ce seuil l’ensemble des cotisations sociales employeur hors AT-MP) ; la mesure est compensée ;
- l’extension de l’ACCRE (article 21 du présent projet, *cf. infra*) ; mesure non compensée ;
- l’extension de l’exonération « services à la personne » aux Centres communaux d’action sociale (CCAS) et à certains organismes sociaux et médico-sociaux ; la mesure est compensée
- la modification du régime social des indemnités versées dans le cadre d’un accord de Gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) ; cette mesure visée à l’article 13 du présent projet de loi est compensée ;

– la conséquence de l’adoption du projet de loi pour le développement de la participation et de l’actionnariat salarié ; selon l’annexe, ces dispositions vont entraîner des pertes de recettes pour la sécurité sociale sans que la compensation puisse être demandée ;

– la mise en place d’un chèque transport prévu par le projet de loi pour le développement de la participation et de l’actionnariat salarié ;

– la conséquence de l’adoption de la proposition de loi portant diverses dispositions relatives aux arbitres.

• *L’évolution des exonérations 2005-2007*

Le coût des allègements généraux augmente sensiblement en 2005 et 2006 en raison de la convergence des SMIC et de la mise en œuvre de l’allègement dégressif sur les bas salaires. Le coût devrait encore augmenter de 4 % en 2007 avec l’exonération totale de charges au niveau du SMIC. Les allègements spécifiques ont coûté 2,8 milliards d’euros en 2005 et 3,2 milliards d’euros en 2006. Les exonérations accordées aux départements d’outre-mer sont les plus importantes et croissent fortement, comme les mesures pour les jeunes. Les mesures nouvelles 2006-2007 sont principalement liées à la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et la loi du 5 janvier 2006 d’organisation agricole. S’agissant des mesures non compensées, les sommes en jeu sont en constante augmentation : 2,1 milliards d’euros en 2005, 2,4 milliards d’euros en 2006 et 2,6 milliards d’euros en 2007.

• *Les modalités de la compensation en 2005, 2006 et 2007*

2005

Avant 2005, la compensation par l’Etat prend exclusivement la forme de dotations budgétaires ; le ministère chargé de l’emploi était responsable de la majorité des crédits budgétaires. À compter de 2005, d’autres ministères sont également devenus responsables financièrement. L’annexe montre que les crédits d’Etat de compensation ont été insuffisants à hauteur de 600 millions d’euros

2006

Sur le champ des allègements spécifiques, l’annexe met en évidence une insuffisance de compensation de 580 millions d’euros, dont les principales portent sur les exonérations DOM, sur les contrats d’apprentissage et sur les services à la personne.

Sur le champ des allègements généraux, il faut prendre en compte la réforme de leur financement opérée en 2006. Cette réforme réalisée par la loi de finances pour 2006 a modifié de manière considérable la mise en œuvre de la compensation financière par l’Etat s’agissant des allègements généraux, auparavant financés par le FOREC puis par le budget de l’Etat.

L'article 56 de la loi n° 2005-1719 de finances pour 2006 du 30 décembre 2005 met en place l'affectation à la sécurité sociale de plusieurs impôts et taxes, au lieu d'une compensation par dotations budgétaires de l'Etat. Le rendement 2006 de ces recettes doit permettre de couvrir le besoin des régimes en 2006, suivant le système de la compensation à l'euro près. 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.

Le tableau suivant recense les recettes fiscales transférées et leur rendement prévisionnel en 2006.

Rendement des recettes fiscales transférées

(en millions d'euros)

Type d'impôts et taxes	Rendement prévisionnel 2006 *
95% de la taxe sur les salaires	9 496
Droit sur les bières et boissons non alcoolisées	380
Droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromel	115
Droit de consommation sur les produits intermédiaires	125
Droit de consommation sur les alcools	1885
Taxe sur la contribution patronale au financement de la prévoyance complémentaire	520
Taxe sur les primes d'assurance automobile	1006
TVA brute sur les produits pharmaceutiques	2880
TVA brute sur les tabacs	2525
TOTAL	18 932

Source : Direction du budget (rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2006)

L'annexe indique que le coût des allègements généraux pour 2006 atteint 19,1 milliards d'euros ; pour 2006, le solde entre le montant des allègements généraux et le produit des taxes affectées est positif d'environ 330 millions d'euros.

À ce stade, le rapporteur souhaite souligner qu'une partie de la recette perçue au titre de la CSG et CRDS et issue de l'assiette « revenus du patrimoine » a diminué en 2006 sous l'effet de la suppression du mécanisme de l'avoir fiscal. L'assiette des prélèvements sociaux, composée des dividendes et de l'avoir fiscal, s'en est trouvée mécaniquement réduite. Cette perte de recettes pour la sécurité sociale est évaluée par le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale à 550 millions d'euros, dont 410 au titre de la CSG. La réforme ayant supprimé l'avoir fiscal étant antérieure à la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004, cette perte de recettes n'est pas compensable.

Selon les informations communiquées au rapporteur, la réforme de l'impôt sur le revenu a eu un impact en sens inverse sur les recettes des régimes de la sécurité sociale. En effet, la suppression de l'abattement forfaitaire sur l'assiette des revenus de placement conduit mécaniquement à augmenter l'assiette de la CSG et de la CRDS. La modification des règles de déduction forfaitaire des revenus fonciers dans l'impôt sur le revenu entraînerait en 2007 un supplément de prélèvements sociaux estimé à 560 millions d'euros (dont 340 millions d'euros pour le régime général). L'effet de cette réforme pourrait compenser en 2007 les pertes de recettes dues à la suppression de l'avoir fiscal ; resterait un manque sur l'exercice 2006.

2007

Les allègements spécifiques

Les crédits budgétaires consacrés à la compensation des allègements spécifiques atteindront 2,9 milliards d'euros.

Les allègements généraux

L'année 2007 sera déterminante du point de vue de la compensation des allègements généraux. Contrairement à 2006, la compensation à l'euro près n'est pas assurée. Au titre des exercices 2007 et 2008, la loi de finances pour 2006 dispose que le gouvernement devra transmettre au Parlement un rapport sur le mécanisme de financement des allègements généraux, présentant les montants respectifs des pertes de cotisations et des recettes fiscales transférées, ainsi que l'écart qui en résulte. En cas d'écart supérieur à 2 %, ce rapport sera transmis à une commission, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, composée de parlementaires, de représentants des ministères chargés du budget et de la sécurité sociale, ainsi que de personnes qualifiées. Cette commission pourra donner un avis sur les mesures d'ajustement à envisager.

Il ne semble pas au rapporteur que cette procédure, en raison du caractère aléatoire de ses résultats et parce qu'elle autorise implicitement une compensation partielle à hauteur de 98 %, soit en mesure de clarifier les relations entre l'Etat et la sécurité sociale. Le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2006 consacre des développements très intéressants sur le dynamisme des recettes fiscales transférées. À partir d'une analyse historique rétrospective, le rapport souligne que le dynamisme du panier de recettes est insuffisant comparé à un indicateur agrégeant l'évolution réelle du SMIC et de l'emploi total : « *En tenant compte des « coups de pouce » et des revalorisations du SMIC qui sont intervenus dans le cadre du mécanisme d'unification des salaires minimums, et en supposant une stabilité de la structure des salaires sur la période, on constate que le dynamisme du rendement des recettes fiscales destinées à compenser les mesures générales d'allègements est inférieur sur les 10 dernières années à celui de l'agrégat retenu : sur la période 1995 - 2005, le montant des recettes collectées augmente en moyenne de 3,9 % l'an contre près de 5,0 % l'an pour l'agrégat*

« *SMIC plus emploi total* » ». Le rapport souligne que le processus d'harmonisation des SMIC intervenu les années précédentes, poussant à la hausse le montant des compensations à verser, a joué un rôle important dans l'insuffisance des recettes fiscales transférées. Néanmoins, il souligne bien que des incertitudes demeurent quant aux dynamiques futures respectives des exonérations et des recettes fiscales affectées.

Cependant, l'annexe pourrait lever ces doutes. Elle indique en effet que les prévisions donnent à penser que le montant des taxes transférées sera en 2006 et 2007 supérieur aux pertes de recettes dû aux allègements spécifiques. Ainsi, le produit issu de la taxe sur les salaires s'est révélé très dynamique au début de l'année 2006, notamment en raison du montant des primes versées dans le secteur financier. Dans ces conditions, les excédents de recettes 2006 et 2007 font l'objet d'une double affectation :

– L'article 23 du projet de loi de finances propose d'affecter l'excédent 2006 à la CNAMTS (sur l'exercice 2007), alors que l'application du code de la sécurité sociale aurait conduit à ce que l'Etat gardât l'excédent ;

– L'article 14 du présent projet (*cf.* commentaire *supra*) propose d'affecter l'excédent prévisionnel 2007 à la CNAMTS (sur l'exercice 2007 également).

L'article 23 du projet de loi de finances propose également d'affecter au financement des allègements généraux une nouvelle recette : une fraction de 3,39 % (ce qui représente environ 320 millions d'euros) du produit des droits sur les tabacs. Grâce à cet abondement, le montant du panier de taxes permettra de couvrir les coûts de la mesure visant à supprimer les derniers points de cotisation sociale (hors accidents du travail – maladies professionnelles) au niveau du SMIC pour les entreprises de moins de vingt salariés, cette mesure entrant en vigueur au 1^{er} juillet 2007.

• *Les créances des régimes de la sécurité sociale sur l'Etat au titre des exonérations non compensées : 3,1 milliards d'euros au 30 juin 2006*

L'annexe retrace les créances des régimes de la sécurité sociale sur l'Etat au titre des exonérations non compensées. Le chiffre de 3,1 milliards d'euros correspond aux créances sur l'exercice 2005 et les années antérieures. L'annexe constate un accroissement du niveau de la dette de l'Etat sur l'année 2005 d'environ 500 millions d'euros, dont 280 millions d'euros sur les allègements généraux et 200 millions d'euros sur les exonérations ciblées. L'annexe précise que, afin de compenser au régime général la charge financière que représente le poids de cette créance dans un contexte de hausse des taux d'intérêts, le projet de loi de finances pour 2007 prévoit d'affecter une quote-part des droits sur les tabacs (1,69 %, soit environ 160 millions d'euros) aux caisses du régime général afin de couvrir les frais financiers de l'année 2007 liés à la dette de l'Etat sur les exercices précédents. C'est ce que propose effectivement le I de l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale.

La commission a *adopté* l'article 22 sans modification.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 23

Prévisions pour 2007 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 :

- les prévisions de recettes par branche pour les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ;
- les prévisions de recettes par branche du régime général ;
- les prévisions de recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Les annexes complètent l'information fournie par le présent article :

- la répartition des prévisions de recettes par catégories figure à l'annexe C 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.

D'un point de vue macro-économique, selon le rapport économique, social et financier joint au projet de loi de finances pour 2007, la progression des recettes des organismes sociaux (agrégat comprenant l'assurance chômage et les régimes de retraite complémentaire obligatoires) accélérerait considérablement en 2007 : + 4,4 % contre 2,1 % en 2006. Les causes de cette accélération se décomposeraient ainsi :

- l'accélération de la croissance de la masse salariale en 2007 (+ 4,7 %) ;
- l'affectation supplémentaire de droits tabac destinés à financer d'une part l'allègement général supplémentaire de cotisations applicable aux salariés payés au SMIC dans les entreprises de moins de vingt salariés et d'autre part les frais financiers supportés par le régime général au titre des sommes dues par l'Etat ;
- l'augmentation du produit de la CSG portant sur les revenus du capital, qui bénéficierait en 2007 de mesures nouvelles à hauteur de 800 millions d'euros, notamment la suppression de l'abattement sur les revenus locatifs et la

modification des conditions de versement des acomptes versés par les établissements financiers (*cf. supra*, commentaire de l'article 16). L'impact de la modification des modalités des prélèvements sociaux sur les PEL, à l'inverse, serait beaucoup moins élevé qu'en 2006.

• *Les recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale*

Le 1° du présent article concerne l'ensemble des recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Le présent projet de loi de financement prévoit des recettes destinées à l'ensemble des régimes pour un montant total de 394,6 milliards d'euros. Les recettes de la branche famille et vieillesse progressent de 4,2 %. À noter que la modification des règles de déduction forfaitaire des revenus fonciers dans l'impôt sur le revenu entraînerait en 2007 un supplément de prélèvements sociaux estimé à 560 millions d'euros (340 millions d'euros pour le régime général).

Le tableau suivant, extrait de l'annexe 9, détaille l'impact des mesures (législatives ou réglementaires) sur les recettes de 2007 de l'ensemble des régimes de base.

Impact sur les recettes 2007 des mesures nouvelles

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	Régime général	Tous régimes
Harmonisation des règles de versement et de comptabilisation des prélèvements sociaux sur les revenus de placement	365	365
Baisse du taux de la taxe sur le CA des laboratoires de 1,76 % à 1 %	100	100
Affectation de droits tabac / frais financiers liés aux créances de l'Etat	160	160
Extension de l'exonération ACCRE	-15	-100
Allègements de charges pour les entreprises de moins de vingt salariés	-302	-320
Affectation de droits tabac / compensation des allègements de charges pour les entreprises de moins de vingt salariés	302	320
Surplus de recettes fiscales affectées pour la compensation des allègements généraux (2006 et 2007)	350	350
Valorisation du patrimoine hospitalier	115	115
Amélioration du recours contre tiers	150	150
Application à la caisse de Mayotte des règles relatives aux réserves de trésorerie	40	40
Total	1 265	1 180

Source : Annexe 9 au projet de loi de financement

S'agissant de la répartition des recettes par catégories, le tableau suivant, bâti à partir des données de l'annexe C jointe au présent projet, rend compte de l'évolution des catégories de recettes de l'ensemble des régimes entre 2006 et

2007. Il met en évidence la croissance, à l'intérieur du financement des régimes de base, de la part des cotisations prises en charge par l'Etat.

Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre relève qu'en 2007, en raison des exonérations, le taux de croissance des cotisations reste inférieur à celui de la masse salariale (4,4 % contre 4,6 %). Il souligne également la croissance forte des contributions publiques (+ 5,5 %) et de la prise en charge des prestations (+ 6,3 %).

Evolution des recettes par catégories sur les exercices 2006 et 2007

(en milliards d'euros)

	Total par catégorie en 2006	Total par catégorie en 2007 (prévisions)	Evolution en % 2006 - 2007
Cotisations effectives	197,5	205,8	+ 4,2
Cotisations fictives	34,5	36,1	+ 4,6
Cotisations prises en charge par l'Etat	3,7	4,0	+ 8,1
Autres contributions publiques	14,5	15,1	+ 4,1
Impôts et taxes affectées	98,6	102,6	+ 4,1
dont CSG	64,6	66,9	+ 3,6
Transferts reçus	26,4	27,5	+ 4,2
Revenus des capitaux	0,3	0,2	- 33
Autres ressources	3,3	3,2	- 3
Total	378,8	394,4	+ 4,1

Source : annexe C au projet de loi de financement de la sécurité sociale

• *Les recettes du régime général*

Le 2° du présent article concerne l'ensemble des recettes du régime général, qui s'élèveront à 287,3 milliards d'euros en 2007. Les recettes de la branche maladie du régime général augmentent de 4,5 %.

Comme le souligne le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale dès septembre, à législation constante – donc hors effet des mesures contenues dans ce projet de loi, dans d'autres projets de loi ou d'ordre réglementaire – le produit des recettes du régime général progresserait de 3,6 % en 2007. Le ralentissement par rapport à 2006 s'explique par la non-reconduction de l'effet de la modification des prélèvements sociaux sur le stock des PEL âgés de plus dix ans. Ainsi, sur la composante « revenus du capital », la baisse du produit des prélèvements sociaux serait de 4 %. La croissance des prélèvements sur revenus d'activité continuerait de s'accélérer avec la masse salariale.

Par rapport à la prévision donnée à la Commission des comptes de la sécurité sociale, l'ensemble des mesures du présent projet de loi permet d'abonder les recettes du régime général de 1,3 milliard d'euros supplémentaires, dont 1,2 milliard d'euros pour la seule branche maladie. Le tableau ci-dessous fait le

point sur les mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 ayant un impact sur les recettes du régime général.

Mesures ayant eu un effet sur les recettes 2007 du régime général

En milliards d'euros

Mesures nouvelles sur les recettes 2007 du régime général	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches
Actualisation du versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	0,08	-0,08			0
Harmonisation des règles de versement et de comptabilisation des prélèvements sociaux sur les revenus de placement	0,3		0,01	0,05	0,4
Baisse du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires de 1,76 % à 1 %	0,1				0,1
Valorisation du patrimoine immobilier hospitalier	0,1				0,1
Affectation de droits tabac / frais financiers liés aux créances sur l'Etat	0,1	0,01	0,03	0,04	0,2
Allègements de charges pour les entreprises de moins de vingt salariés	-0,1	-0,02	-0,1	-0,05	-0,3
Affectation de droits tabac / compensation des allègements de charges pour les entreprises de moins de vingt salariés	0,1	0,02	0,1	0,05	0,3
Surplus de recettes fiscales affectées pour la compensation des allègements généraux (2006 et 2007)	0,35				0,35
Amélioration du recours contre tiers	0,15				0,15
Total	1,2	-0,07	0,05	0,1	1,3

Source : Annexe 9 au projet de loi de financement

Les recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Le 3^o du présent article concerne les recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

• *Le FSV*

Le montant des recettes 2007 du FSV atteindra 13,9 milliards d'euros dont 11,6 milliards d'euros au titre des impôts et taxes affectés (10,8 milliards d'euros de CSG). La progression (+ 3,7 % par rapport à 2006) est moindre que l'accélération forte connue entre 2005 et 2006, qui atteignait plus de 6 %. Le ralentissement du produit de la CSG portant sur les revenus du capital dû à la non-reconduction de l'effet de la mesure PEL de la loi de financement pour 2006 serait toutefois atténué par l'évolution dynamique de la masse salariale du secteur privé.

En 2007, le FSV serait concerné par les nouvelles règles en matière de versement et de comptabilisation des prélèvements sociaux sur les revenus de

placement, ses recettes augmentant de 73 millions d'euros par rapport à la prévision donnée à la Commission des comptes de la sécurité sociale.

• *Le FFIPSA*

Le Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) verra ses recettes stagner en 2007 par rapport à 2006 (+ 0,7 %). Les transferts reçus atteindront 6 milliards d'euros, comme en 2006.

Une des recettes principales du FFIPSA est une fraction du produit des « droits tabac ». Le tableau suivant rappelle l'affectation de ces produits sur 2004 à 2007. On constate la diminution régulière de la part affectée au budget de l'Etat.

*Répartition des affectations du produit des « droits tabacs »
2005 – 2007*

2005	2006	2007
CNAMTS (32,50 %)	CNAMTS (32,46 %)	CNAMTS (30 %)
Budget de l'Etat (14,83 %)	Budget de l'Etat (11,51 %)	Budget de l'Etat (6,43 %)
FCAATA (0,31 %)	FCAATA (0,31 %)	FCAATA (0,31 %)
		Régimes et fonds de la sécurité sociale (3,39 %)
FFIPSA (52,36 %)	FFIPSA (52,36 %)	FFIPSA (52,36 %)
	Fonds CMU (1,88 %)	Fonds CMU (4,34 %)
	FNAL (1,48 %)	FNAL (1,48 %)
		CNAMTS, CNAVTS et CNAF (1,69 %)

Source : Rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale et article 23 du projet de loi de finances pour 2007

*

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

Mme Jacqueline Fraysse a estimé que les prévisions de recettes de la sécurité sociale pour 2007 ne sont pas sincères. Il faut donc les supprimer.

Après que **M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis défavorable, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 23 sans modification.

Article 24

Prévisions pour 2007 du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de 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'approuver, par branche, les tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Cet article, central dans le présent projet de loi de financement, fait la synthèse des dispositions relatives aux prévisions de recettes et aux objectifs de dépenses contenues dans d'autres articles. Il permet au Parlement d'adopter des prévisions de soldes pour l'année à venir pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'article 25 (*cf.* commentaire *infra*) fixant les soldes prévisionnels du régime général. Cette disposition permet notamment au Parlement d'approuver formellement les soldes de l'année à venir – en l'espèce, il s'agit du niveau des déficits.

Il est donc proposé que le solde de tous les régimes de base pour 2007 soit fixé à – 7,5 milliards d'euros contre un objectif rectifié de – 8,8 milliards d'euros en 2006, la majeure partie du déficit prévisionnel 2007 étant imputable à la situation dégradée de la branche maladie (– 4 milliards d'euros). Par rapport à 2006, la réduction du déficit toutes branches de 1,3 milliard d'euros est imputable à l'amélioration de la situation de la branche maladie, qui se monte à 1,9 milliard d'euros. Cette amélioration est contrebalancée par la dégradation de la branche vieillesse de 1,3 milliard d'euros.

Comme le montre l'article suivant (*cf. infra*), ce déficit « tous régimes » est légèrement inférieur à celui du régime général (– 8,9 milliards d'euros). En effet, selon le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, il faut combiner au déficit prévisionnel du régime général les résultats des régimes suivants :

– Le régime des exploitants agricoles enregistre un déficit de 0,2 milliard d'euros (ce résultat tient compte d'un produit à recevoir du FFIPSA, qui, lui, est en déficit, *cf.* commentaire de l'article 26, *infra*).

– La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) dégagerait un excédent de 0,5 milliard d'euros.

– Le solde de la caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) atteindrait 0,2 milliard d'euros.

Par rapport à la prévision du déficit tendanciel pour 2007 (déficit obtenu sans mesures nouvelles), les prévisions 2007 présentées par le présent article s'appuient d'une part, sur des économies sur les dépenses d'un montant de 2,828 milliards d'euros sur l'assurance maladie et 60 millions d'euros pour les autres branches, d'autre part sur un accroissement des recettes de 1,18 milliard d'euros.

La combinaison de ces deux mouvements permet d'aboutir à un solde prévisionnel tous régimes de – 7,5 milliards d'euros. Mais quel est le déficit d'ensemble « tous régimes » et « tous fonds » ?

Compte tenu du fait que le champ couvert par le FFIPSA n'est pas strictement identique à celui des régimes de base ou du FSV et que les agrégats « tous régimes » comprennent le régime des exploitants agricoles, on ne peut pas additionner le déficit du FFIPSA à celui des régimes de base.

Par ailleurs, les règles de comptabilisation du régime des exploitants agricoles (qui enregistre un produit à recevoir du FFIPSA) conduisent à ce que le déficit réel du régime agricole n'apparaisse pas dans le solde de l'ensemble des régimes de base. Si l'on veut évaluer le déficit d'ensemble, il convient donc d'ajouter le solde du FSV à celui des régimes de base et de retirer le produit à recevoir du FFIPSA inscrit dans le compte des exploitants agricoles, soit 1,9 milliard d'euros en 2007.

On arrive à un déficit d'ensemble de 11,8 milliards d'euros en 2006 et de 10 milliards d'euros en 2007, soit une réduction supérieure à 15 %.

Ces chiffres intègrent une revalorisation des petites retraites de 162 millions d'euros en 2007, qui, selon les informations transmises au rapporteur, devraient être financées par des recettes fiscales supplémentaires. Dans le cas où un tel financement ne serait pas assuré, le déficit 2007 serait porté à 10,1 milliards d'euros.

*

La commission a *adopté* l'article 24 sans modification.

Article 25

Prévisions pour 2007 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'adopter les prévisions relatives au tableau d'équilibre du régime général pour 2007.

Le solde du régime général en 2007 serait de – 8 milliards d'euros ; les soldes par branche seraient les suivants : – 3,9 milliards d'euros pour la maladie, – 3,5 milliards d'euros pour la vieillesse, – 0,7 milliard d'euros pour la famille et + 0,1 milliard d'euros pour la branche AT – MP.

Il est proposé d'approuver un tableau d'équilibre présentant les soldes des différentes branches et le solde toutes branches du régime général pour 2007. Ces soldes prévisionnels s'appuient d'abord sur la « tendance » des finances du régime général, tendance dégagée par le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre.

À cette tendance s'appliquent différentes mesures proposées par le gouvernement. Ces mesures ont un impact à la fois sur les recettes et les dépenses ; elles sont présentées non seulement dans le cadre du présent projet mais aussi dans d'autres cadres (autres projets de loi, actes réglementaires, conventions...).

Le présent article fait la synthèse entre les prévisions de recettes 2007 par branche du régime général (*cf. supra*, article 23) et les différents objectifs de dépenses par branche approuvés par les articles suivants du présent projet :

- article 52 pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès ;
- article 59 pour la branche vieillesse ;
- article 62 pour la branche accidents du travail – maladies professionnelles ;
- article 68 pour la branche famille.

• *Le décalage des prévisions pour 2007 entre le présent projet et la loi de financement pour 2006 est significatif*

Le tableau suivant fait le point sur les différences entre les prévisions 2007 du présent article et les prévisions 2007 que comportait la programmation pluriannuelle de la loi de financement pour 2006. Il montre que la loi de financement pour 2006 a considérablement sous-évalué les déficits 2007 de la branche maladie et de la branche vieillesse. Les prévisions plus dégradées sont en grisé.

Comparaisons des prévisions pour l'année 2007

(en milliards d'euros)

	Soldes 2007 prévus par le projet de loi de financement de la sécurité sociale	Soldes 2007 prévus par le rapport annexé à la loi de financement pour 2006	Ampleur de la révision en % (en valeur absolue)
Maladie	– 3,9	– 3,5	11
Vieillesse	– 3,5	– 1,7	106
Famille	– 0,7	– 1,2	42
Accidents du travail et maladies professionnelles	+ 0,1	– 0,1	Non significatif
Toutes branches (hors transferts entre branches)	– 8,0	– 6,5	18

Source : projet de loi de financement pour 2007 et loi de financement de la sécurité sociale pour 2006

• *Le solde « tendanciel » du régime général pour 2007 se monte à - 9,4 milliards d'euros.*

Le solde « tendanciel » du régime général est une donnée très importante du rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre.

Ce solde qualifié d' « hybride » intègre en effet le taux de l'ONDAM 2007 mais ne prend pas en compte les mesures législatives et réglementaires prises à l'automne permettant d'infléchir ce solde prévisionnel. Il ne prend notamment pas en compte les mesures du projet de loi de financement.

Le solde tendanciel du régime général en 2007 est de 9,4 milliards d'euros ; l'écart par rapport à la prévision donnée par le présent article (- 8 milliards d'euros) atteint de 1,4 milliard d'euros.

Comment cet écart de 1,4 milliard d'euros est-il comblé ? Ce montant est principalement le résultat d'un accroissement des recettes, même si quelques mesures accessoires de dépenses interviennent également (branche famille).

L'accroissement de recettes se monte à 1,3 milliard d'euros grâce à de nombreuses mesures de nature différente (*cf. supra*, article 23) ; en effet, il fallait compenser le fait que le rendement 2007 de la mesure relative aux PEL est très inférieur au rendement 2006.

À titre de rappel, les économies prévues dans le cadre de la fixation de l'ONDAM 2007, évaluées à 2,4 milliards d'euros sur le champ du régime général, sont déjà intégrées à la prévision du solde tendanciel.

Le tableau ci-après fait le point sur le passage de la prévision du solde du régime général 2007 faite par la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre et les prévisions du présent projet.

Passage du déficit tendanciel du régime général au déficit prévisionnel
(en millions d'euros)

Régime général (RG)	Total régime général	Dont branche maladie
Mesures d'économies nettes sur les dépenses d'assurance maladie intégrées à l'ONDAM 2007	2 376	2 376
Mesures d'économie nettes sur les soins de ville	1 992	1 992
Produits de santé hors maîtrise médicalisée		1 177
Hors produits de santé hors maîtrise médicalisée		50
Prescriptions hospitalières en ville		84
Maîtrise médicalisée		596
Lutte contre la fraude à la condition de résidence		84
Mesures d'économie nettes sur les établissements de santé	384	384
Revalorisation du forfait journalier		84
Mise en œuvre des 18 €		67
Economie du plan assurance maladie		233
Mesures nouvelles sur la branche famille	60	
Subsidiarité de l'API sur l'ASF	- 115	
Date d'ouverture du droit à l'allocation de base de la PAJE	100	
Prêt avenir jeunes	- 15	
Fonds de financement de la protection de l'enfance	- 30	
Lutte contre la fraude et meilleur recouvrement des indus	120	
Mesures nouvelles 2007 sur les recettes	1 265	1 214
Actualisation du versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	0	80
Harmonisation des règles de versement et de comptabilisation des prélèvements sociaux sur les revenus de placement	365	300
Baisse du taux de la taxe sur le CA des laboratoires de 1,76 % à 1 %	100	100
Valorisation du patrimoine immobilier hospitalier	115	115
Affectation de droits tabac/frais financiers liés aux créances sur l'Etat	160	79
Extension de l'exonération ACCRE	- 15	
Allègements de charges pour les entreprises de moins de vingt salariés	- 302	- 127
Affectation de droits tabac/compensation des allègements de charges pour les entreprises de moins de 20 salariés	302	127
Surplus de recettes fiscales affectées pour la compensation des allègements généraux (2006 et 2007)	350	350
Amélioration du recours contre tiers	150	150
Autres	40	40
Solde tendanciel 2007	- 9 372	- 5 112
Solde PLFSS 2007	- 8 047	- 3 898

Source : Annexe 9 au projet de loi de financement.

- *Les évolutions des différentes branches : net redressement de l'assurance maladie et de la famille, dégradation préoccupante de la branche vieillesse*

Le solde du régime général 2007, d'un montant de – 8 milliards d'euros, passerait significativement en dessous de la barre des 10 milliards d'euros. Les dépenses de chaque branche du régime général en 2007 faisant l'objet de développements spécifiques au sein des articles du présent projet relatifs aux objectifs de branche et à l'ONDAM, les développements suivants se limitent aux grandes évolutions et aux recettes.

- *La branche maladie*

L'essentiel du redressement du solde du régime général en 2007 est imputable à l'évolution de la branche maladie, dont le déficit passe de 6 milliards d'euros à 3,9 milliards d'euros. Les effets de la maîtrise médicalisée, qui modèrent la croissance des charges, et la croissance soutenue des produits permettent que la branche maladie aille clairement *vers* l'équilibre en 2007, à défaut d'être à l'équilibre.

- *La branche vieillesse*

Le déficit prévisionnel 2007 de la branche vieillesse se creuse et atteint presque celui de l'assurance maladie. Malgré l'augmentation des produits due notamment à l'accroissement du taux de cotisation vieillesse au 1^{er} janvier 2006, la croissance des dépenses reste soutenue. Ses causes sont principalement l'arrivée à l'âge de la retraite des classes du *baby-boom* et l'incapacité du mécanisme de la surcote à inciter certains salariés à retarder la liquidation de leur pension. Dans le régime général, l'anticipation d'un mois du moment de la liquidation de la pension se traduit par une dépense supplémentaire de 350 millions d'euros. L'effet de la mesure relative aux carrières longues y contribue également : le coût des retraites anticipées sera de 2 milliards d'euros en 2007.

- *La branche famille*

La branche famille a atteint son déficit le plus élevé en 2006. Compte tenu de recettes principalement assises sur les cotisations sociales, la branche famille bénéficiera de l'accélération de la masse salariale en 2007. La croissance de ses produits, conjuguée à une légère diminution du rythme de la croissance de ses dépenses grâce à la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), permet de réduire significativement le déficit de la branche en 2007.

- *La branche accidents du travail – maladies professionnelles*

La branche serait en excédent de 0,1 milliard d'euros en 2007 : l'évolution dynamique des produits issus de la croissance de la masse salariale devient supérieure à l'augmentation des charges de la branche.

La commission a *adopté* l'article 25 sans modification.

Article 26

Prévisions pour 2007 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 fixe, par branche, les prévisions de tableaux d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

L'annexe 9 jointe au présent projet de loi donne des informations intéressantes sur l'impact financier des décisions dont l'adoption est proposée par le présent projet de loi (décision législative ou réglementaire). En outre, l'annexe C donne la répartition des recettes des fonds par catégories. Enfin, l'article 71 du projet de loi fixe les prévisions de charges 2007 des deux organismes.

- *Le FSV profite de l'amélioration de la conjoncture et améliore significativement sa situation financière en 2007*

Le solde prévisionnel du FSV en 2007 atteindrait – 0,6 milliard d'euros, en réduction significative par rapport au déficit 2006 (– 1,2 milliard d'euros). Selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, les dépenses du fonds diminueraient légèrement en 2007 : elles atteindraient 14,5 milliards d'euros (contre 14,6 milliards d'euros en 2006) sous l'effet de la baisse des prises en charge de cotisation au titre du chômage en raison de la baisse du nombre de chômeurs pris en charge et du ralentissement du coût moyen du chômeur pour le FSV, coût fonction de l'ampleur de la revalorisation du SMIC.

S'il se réjouit de l'amélioration 2007 des comptes du FSV, le rapporteur souligne que le déficit cumulé du FSV atteindrait – 5,6 milliards d'euros à la fin de l'année 2007. Ces déficits cumulés seront difficiles à résorber dans la mesure où les futurs excédents éventuels du FSV doivent être affectés au FRR.

- *Le FFIPSA*

Le solde prévisionnel du FFIPSA en 2007 atteindrait – 2,1 milliards d'euros, soit un montant un peu dégradé par rapport à 2006 (– 1,9 milliard d'euros).

Le montant total des recettes 2007 devrait atteindre 14,5 milliards d'euros, contre 14,4 milliards d'euros en 2006. On note le montant réduit de la catégorie de recettes « cotisations effectives » (1,6 milliard d'euros en 2007) 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. Les dépenses du FFIPSA, principalement l'assurance maladie et la vieillesse, seront dynamiques en 2007 et atteindront 16,9 milliards d'euros, contre 16,3 milliards d'euros en 2006.

Le versement des prestations servies par le régime des prestations sociales des salariés agricoles n'est pas immédiatement menacé. Le FFIPSA est autorisé à recourir à des ressources non permanentes de trésorerie dans les limites définies chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a autorisé le FFIPSA à emprunter dans la limite de 7,1 milliards d'euros. L'article 31 du présent projet de loi de financement pour 2007 propose de retenir pour 2007 une limite identique.

Le déficit du FFIPSA est donc neutre pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) tant sur le plan de la trésorerie que sur le plan comptable. En matière de trésorerie, c'est le FFIPSA qui supporte les charges financières sur les montants qui sont empruntés à court terme pour faire face aux besoins du régime. Sur le plan comptable, cette situation est également neutre pour la CCMSA, celle-ci enregistrant un produit à recevoir du FFIPSA ; ce produit neutralise, dans les comptes de la CCMSA, le déficit du Fonds de financement des prestations sociales agricoles.

À la fin de l'année 2007, les déficits cumulés du FFIPSA devraient atteindre plus de 5,8 milliards d'euros. Ce cumul des déficits, si aucune réponse n'est apportée à la situation du FFIPSA, va poser un problème politique préoccupant.

Conformément à l'annonce du ministre délégué chargé de la sécurité sociale au moment des débats parlementaires sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, un groupe de travail a été mis en place sous la présidence de M. Jean-François Chadelat, inspecteur général des affaires sociales, afin de réaliser un diagnostic concerté avec les acteurs et d'examiner les pistes de redressement de ce fonds. Le rapporteur note que les travaux n'ont pu toutefois déboucher sur un consensus puisque le rapport est présenté sous la seule responsabilité de son président, M. Chadelat.

S'agissant des déficits cumulés, le rapport retient deux pistes : une reprise de dette par l'Etat analogue à celle déjà intervenue fin 2005 ou l'utilisation d'une part du surplus de recettes fiscales que devrait enregistrer le budget de l'Etat en 2006. L'examen de la question de l'équilibre annuel a montré peu de perspectives d'économies significatives sur les prestations. L'évolution des dépenses de retraite est essentiellement déterminée par le vieillissement démographique, celle des dépenses d'assurance maladie est dépendante également du vieillissement et des efforts déjà engagés de maîtrise.

Selon le rapport, les pistes de redressement relèveraient dès lors d'une augmentation des ressources du FFIPSA. Si le principe de la nécessaire parité des efforts contributifs a été affirmé par tous les participants au groupe de travail, le constat sur la situation actuelle n'a pas fait l'objet d'un consensus. La situation financière du FFIPSA et l'apurement du déficit cumulé nécessiteraient un apport du budget de l'Etat, soit directement, soit par le biais d'un transfert de taxe, soit par une reprise de dettes ou par tout autre moyen. Ainsi, pendant les discussions

internes au groupe de travail, il a été fait référence à de nouvelles taxes (notamment une taxe sur les produits sucrés). Le rapport conclut à la nécessaire création de ressources supplémentaires, même si cela a pour conséquence l'augmentation des prélèvements obligatoires.

Le rapporteur constate que les pistes de modification de la compensation ont été écartées par le rapport. Elles se sont heurtées à des questions de faisabilité technique ainsi qu'à des réserves de fond. Elles conduiraient, de fait, à un transfert de déficits entre les régimes de sécurité sociale totalement neutre du point de vue de la maîtrise de la dette publique globale.

L'année 2007 sera marquée par l'établissement du bilan d'ouverture de l'Etat et la clarification du statut de la créance sur l'Etat. En effet, si l'Etat ne reconnaît pas sa dette envers le FFIPSA, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) devrait être conduite à provisionner cette somme dans ses comptes, ce qui serait dramatique. Tout doit donc être fait afin d'éviter ce cas de figure.

*

La commission a *adopté* l'article 26 sans modification.

Article 27

Objectif pour l'année 2007 d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale – Prévisions pour 2007 des recettes affectées au Fonds de réserve pour les 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 2007 d'amortissement de la dette sociale par la CADES et l'affectation de recettes au Fonds de réserve des retraites sur l'exercice 2007.

• La CADES

Pour l'année 2007, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,5 milliards d'euros.

L'objectif d'amortissement 2006 rectifié par la loi de financement pour 2006 était de 2,4 milliards d'euros pour 2006, ce qui aurait été l'amortissement annuel le plus bas depuis la création de la CADES, 1996 excepté. Cependant, le rapport présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale indique que l'amortissement 2006, légèrement supérieur aux prévisions, atteindrait 2,7 milliards d'euros.

La diminution prévue de l'amortissement annuel entre 2006 et 2007, malgré l'augmentation du rendement de la CRDS (cf. tableau ci-dessous), est imputable à l'augmentation des frais financiers prévue en 2007 due à la hausse

prévisible des taux d'intérêt et à la reprise du déficit de la branche assurance maladie du régime général intervenue à la fin de l'année 2006.

Le rendement de la CRDS a augmenté de manière constante depuis 2001, comme le montre le tableau suivant :

**Évolution du produit de la CRDS
2000 – 2007**

(en millions d'euros)

Exercice	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Progression du rendement net par rapport à l'exercice précédent	1,73	0,92	2,23	3,64	5,82	4,81	2,71

L'augmentation du produit de la CRDS est fortement influencée en 2005 par la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004. Pour 2006, l'augmentation résulte pour près de 45 % de la mesure de la loi de financement relative aux plans d'épargne logement (PEL). Pour 2007, l'évolution modérée est imputable à l'impact spécifique de la mesure PEL sur l'année 2006, impact qui ne se répète pas en 2007 puisqu'en 2006, la mesure a concerné le « stock » importants de PEL ayant atteint plus de dix ans au 1^{er} janvier 2006.

Le rapporteur a voulu connaître le terme prévisible de l'extinction de la CADES, donnée déterminante pour l'application de l'article 20 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale conditionnant tout nouveau recours à la CADES à l'affectation des ressources correspondantes. Selon les documents fournis au rapporteur par le président du conseil d'administration de la CADES, il existait au 6 septembre 2006 :

– 50 % de chances pour que la CADES fonctionne encore 16 ans (extinction en 2022) ;

– 5 % de chances pour que la CADES fonctionne encore 20 ans ;

– 95 % de chances pour que la CADES fonctionne encore 13 ans.

• *Le Fonds de réserve des retraites*

Il est proposé d'adopter une prévision de recettes pour le FRR de 1,62 milliard d'euros en 2007. Ces recettes se décomposeraient ainsi :

– 1,6 milliard d'euros au titre de la part du prélèvement social de 2 % ; le FRR perçoit 65 % du produit de ce prélèvement ;

– 200 millions d'euros au titre de l'affectation des avoirs d'assurance-vie correspondant à des contrats non réclamés, désignés dans le présent projet de loi comme « avoirs d'assurance-vie en déshérence » ; l'article 15 du présent projet autorise en effet l'affectation de ces avoirs au FRR.

Selon la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier, les recettes 2006 du FRR atteignent 1,5 milliard d'euros et sont exclusivement issues de la part du prélèvement social de 2 % affectée au FRR. La prévision de recettes 2006 pour le FRR, 1,4 milliard d'euros, a donc été dépassée.

Les réserves constituées à la fin 2006 devraient s'élever à 23,47 milliards d'euros hors plus-values latentes. À législation constante, les réserves du fonds devraient atteindre 25,4 milliards d'euros à la fin de l'année 2007. Les perspectives d'évolution des soldes de la branche vieillesse et du FSV sur les années 2008-2010, fixées par le rapport annexé B au projet de loi de financement, conduisent à conclure que, sauf abondement exceptionnel (le denier étant intervenu en 2002), les ressources du Fonds vont rester limitées sur cette période à la partie du prélèvement social de 2 % et aux contrats d'assurance-vie non réclamés.

Compte tenu de ces prévisions, les travaux du Conseil d'orientation des retraites – COR (troisième rapport du COR du 29 mars 2006) indiquent que dans un scénario – optimiste – où le taux de chômage baisse fortement pour se stabiliser à partir de 2015 à 4,5 %, les réserves accumulées au sein du fonds en 2020 représenteraient 127 milliards d'euros, soit 5,6 points de PIB. Le montant des réserves serait inférieur d'environ 20 % à l'objectif envisagé lors de la création du FRR.

*

La commission a *adopté* l'article 27 sans modification.

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 28

Autorisation donnée à l'ACOSS d'émettre des titres de créances négociables

Cet article propose de modifier le code monétaire et financier afin d'autoriser l'ACOSS à émettre une catégorie de titre de créance négociable (TCN), les billets de trésorerie. Il permettra à l'ACOSS de diversifier le financement de sa trésorerie, jusqu'à présent exclusivement assuré par des avances accordées par la Caisse des dépôts et consignations (CDC).

1. Le dispositif proposé

Les billets de trésorerie appartiennent à la catégorie juridique des titres de créances négociables. Ils sont émis par les entreprises ayant accès au marché monétaire. Leur durée varie de un à 364 jours et leur montant minimal est de 150 000 euros. Les billets peuvent être émis à taux fixe ; leur coupon peut être indexé sur une référence variable (le plus souvent l'*Euro Overnight Index average*

– EONIA). Il est en général nécessaire d'être noté pour recourir à l'instrument des billets de trésorerie. Le marché, particulièrement actif sur des maturités inférieures à trois mois, permet aux grandes entreprises d'accéder à des taux d'emprunts bon marché.

Il est proposé de modifier l'article L. 213-3 du code monétaire et financier afin d'ajouter l'ACOSS à la liste des organismes habilités à émettre des titres de créances négociables.

2. Les motivations et la finalité de la modification proposée

Le gouvernement a lancé un programme d'optimisation et de modernisation de la gestion de la dette publique considérée dans son ensemble. Cette politique a notamment conduit en 2001 à la création de l'Agence France Trésor et plus récemment à l'autorisation donnée à l'Etat d'émettre des titres au nom de la CADES.

L'autorisation donnée à l'ACOSS d'émettre des billets de trésorerie, que propose le présent article, s'inscrit dans cette perspective. L'ACOSS, jusqu'à présent, se refinance exclusivement auprès de la Caisse des dépôts (CDC) et consignations. Les conditions de refinancement ont été récemment améliorées au bénéfice de l'ACOSS dans le cadre de la renégociation de la convention liant l'agence et la CDC.

Cependant, la diversification du financement de l'ACOSS apparaît comme une nécessité afin de gagner encore en efficience. Le recours à la concurrence sera également un argument de poids dans ses négociations avec la CDC. A noter que l'UNEDIC et la CADES⁽¹⁾ peuvent déjà émettre des billets de trésorerie.

L'autorisation donnée à l'ACOSS permet de diversifier le financement de l'ACOSS à un moment où le besoin de financement à court terme de l'agence va croître de manière très significative : conformément à l'article 31 du présent projet (cf. *infra*), le régime général est autorisé à emprunter en 2007 dans la limite de 28 milliards d'euros.

Cette diversification lui permettra de gagner quelques points sur ses conditions actuelles de refinancement auprès de la CDC. Le moindre coût pour l'ACOSS est estimé à quatre ou cinq points de base par rapport aux avances prédéterminées à un mois qui constituent le financement le moins onéreux auprès de la CDC.

Ces billets de trésorerie permettent une émission de titres à J + 2, voire + 1, optimisant l'ajustement aux prévisions du besoin de financement. Ils autorisent également une possibilité de rachat (remboursement anticipé) à moindre frais si la trésorerie s'améliore brutalement.

(1) La première loi de financement de la sécurité sociale (loi de financement pour 1997) a autorisé la CADES à émettre des billets de trésorerie

Selon l'ACOSS, les économies attendues d'un financement partiel par des billets de trésorerie s'élèvent à titre indicatif, pour la seule année 2007, à environ 0,5 million d'euros par tranche d'un milliard d'euros.

Cette autorisation d'émettre des billets de trésorerie s'inscrit également dans la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée cet été entre l'Etat et l'ACOSS, qui prévoit la diversification du financement de l'ACOSS. La COG 2006-2009 de l'ACOSS confirme l'objectif d'une optimisation de la trésorerie dont une des évolutions principales renvoie à l'émission de billets de trésorerie : *« Une réflexion sera engagée [début 2006] avec l'Etat sur l'opportunité d'une diversification des modes de couverture [du] besoin de financement que ce soit en terme de contreparties bancaires ou d'instruments. La CDC continuera à jouer un rôle majeur en accompagnant l'ACOSS dans cette modernisation de la gestion active de la trésorerie commune du régime général. »*

Pour cette diversification, il a été décidé, plutôt que de faire appel aux spécialistes en valeur du Trésor (SVT), de permettre à l'ACOSS de s'adresser au marché. Deux motivations ont guidé ce choix. D'une part, le gain financier paraît supérieur en faisant directement appel au marché monétaire. D'autre part, recourir aux SVT se révélait inadapté en raison de la lourdeur liée au nécessaire respect du code des marchés publics.

Le programme d'émission des billets de trésorerie pourrait être lancé dès la fin de l'année 2006. Cette évolution est cohérente avec la nouvelle convention bancaire élaborée avec la CDC.

3. Le cadre juridique

L'autorisation d'émettre des billets de trésorerie s'inscrit dans le cadre législatif et réglementaire applicable à ce dispositif. Ainsi, les émetteurs de titres de créances négociables établissent préalablement à leur première émission une documentation financière, qui porte sur leur activité, leur situation économique et financière ainsi que sur le programme d'émission. Cette documentation est déposée auprès de la Banque de France, qui est chargée de veiller au respect par les émetteurs des conditions d'émission prévues par l'article L. 213-3 du code monétaire et financier.

L'ACOSS devra recourir à des agences de notation. Cela augmentera ses coûts de financement : le coût d'une notation court terme pour l'ACOSS varierait entre 40 et 60 000 euros. L'ACOSS a lancé le 19 septembre dernier une consultation auprès des banques pour retenir un arrangeur qui organisera la venue de l'ACOSS sur le marché des billets de trésorerie. L'arrangeur gèrera notamment les relations de l'ACOSS avec la Banque de France. Le coût de la prestation est d'environ 25 000 euros pour 8 semaines au maximum.

L'agence choisira également, en lien avec l'arrangeur, des agents placeurs qui souscriront les émissions (l'arrangeur est agent placeur quasi automatiquement). Le nombre d'agents placeurs pourrait être de trois à cinq.

L'agent placeur souscritra aux émissions de l'agence et vendra les billets de trésorerie aux investisseurs français et étrangers. Il n'y a pas de commissions pour les agents placeurs. Ils se rémunèrent sur les écarts entre les prix d'achats et de ventes.

L'article L. 213-2 du code monétaire et financier impose que ces billets soient inscrits en compte chez un intermédiaire habilité. La CDC a accepté de domicilier ces billets de trésorerie.

Le rapporteur souligne qu'autoriser l'ACOSS à émettre des billets de trésorerie ne signifie en aucun cas une augmentation nette de la dette. Il s'agit d'une mesure technique qui permet d'améliorer les conditions de la trésorerie de l'ACOSS.

La maturité des billets de trésorerie s'étend de quelques jours à un an. Il n'est donc pas envisagé que l'ACOSS supplée la CADES en s'endettant à moyen et long terme. L'Agence émettra principalement des billets d'une maturité de trois à six mois.

En outre, l'article 31 du présent projet (*cf. infra*) autorise le régime général à emprunter sur l'année 2007 à hauteur de 28 milliards d'euros au maximum. Ce plafond couvre toutes les sources de financement de la trésorerie du régime général : les avances de la CDC d'une part et les billets de trésorerie d'autre part.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article de M. Dominique Tian, présenté par **M. Bruno Gilles**.

Après que **M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a émis un avis défavorable, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 28 sans modification.

Article 29

Règles d'inscription du privilège

Le présent article est relatif à la prise d'inscription de privilèges et d'hypothèques par les organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de protection sociale.

Il vise d'une part à fixer un seuil de dettes vis-à-vis de l'organisme au-delà duquel le privilège est obligatoirement inscrit et d'autre part à adapter le droit des sûretés à la création de l'hypothèque rechargeable afin de sauvegarder les créances des organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de protection sociale.

1. Éléments de contexte

En droit, le *privilège* est un droit que la loi reconnaît à un créancier, en raison de la qualité de la créance, d'être préféré aux autres créanciers sur l'ensemble des biens de son débiteur ou sur certains d'entre eux seulement. *L'hypothèque* est un droit réel accessoire grevant un immeuble et constitué au profit d'un créancier en garantie du paiement d'une dette. Cette hypothèque peut être une hypothèque judiciaire conservatoire (autorisée par le juge) ; le Trésor et les URSSAF disposent d'une hypothèque légale sur les biens immeubles des redevables. Ainsi, les articles L. 243-4 et L. 244-9 du code de la sécurité sociale créent un privilège et une hypothèque au profit des organismes de sécurité sociale.

• *L'inscription obligatoire du privilège*

Conformément à l'article L. 243-4 du code de la sécurité sociale, les cotisations, majorations et pénalités de retard sont garanties pendant un an à compter de leur date d'exigibilité par un privilège sur les biens meubles du débiteur et par une hypothèque légale sur ses biens immobiliers. L'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale dispose que les sommes privilégiées selon le premier alinéa de l'article L. 243-4 dues par un commerçant, un artisan ou une personne morale de droit privé non commerçante doivent être inscrites à un registre public tenu au greffe du tribunal de commerce ou du tribunal de grande instance dans le délai de six mois suivant leur date limite de paiement.

La loi n° 2005-845 de sauvegarde des entreprises du 26 juillet 2005 a modifié l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale. Elle a supprimé le seuil au-dessus duquel les organismes devaient inscrire leur privilège dans un délai de six mois. Ce seuil était initialement fixé à 12 000 euros. L'objectif du législateur était de permettre aux tribunaux de détecter les difficultés des entreprises quelle que soit la taille de l'entreprise.

Cependant, cette suppression du seuil d'inscription des privilèges, qui a entraîné une augmentation sensible du volume des inscriptions, n'a pas répondu efficacement à l'objectif du législateur. L'inscription des privilèges par les organismes de recouvrement dès le premier euro de dette a permis de constater que les tribunaux de commerce sont dans l'impossibilité matérielle d'exploiter utilement et rapidement l'ensemble des situations critiques détectées. En outre, la suppression du seuil a présenté les inconvénients suivants :

– La publicité immédiate des difficultés rencontrées par un débiteur, difficultés qui peuvent être passagères, risque de porter atteinte à son crédit à l'égard de ses fournisseurs et de ses banquiers.

– Ces dispositions entraînent une détérioration de la relation entre les organismes de recouvrement et les cotisants.

– La mesure a eu un impact sur le budget des URSSAF. En effet, l'avance des frais incombe aux organismes de recouvrement et le coût définitif de l'inscription du privilège reste fréquemment à leur charge.

L'article 102 de la loi n° 2005-1720 de finances rectificative pour 2005 du 30 décembre 2005 dispose qu'à compter du 1^{er} janvier 2007, un décret fixe un seuil d'inscription obligatoire du privilège fiscal en fonction du chiffre d'affaires. Cet article trouve sa source dans un amendement adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Charles de Courson, député, avec l'avis favorable du gouvernement. À l'occasion de l'examen et la discussion de cette disposition, les parlementaires ont admis le principe de la réintroduction d'un seuil pour l'administration fiscale en raison des coûts qu'a occasionné la suppression du seuil.

- *La création de l'hypothèque rechargeable*

Par ailleurs, l'ordonnance n° 2006-346 du 23 mars 2006 relative aux sûretés a instauré un dispositif de l'hypothèque « rechargeable » qui entraîne des modifications relatives aux règles fixant le rang des créanciers hypothécaires. L'hypothèque « rechargeable » peut être ultérieurement affectée à la garantie de créances autres que celles mentionnées par l'acte constitutif (pourvu que celui-ci le prévoie expressément, conformément à l'article 2422 du code civil). Le rechargement consiste pour l'emprunteur à réutiliser, sans nouvelle formalité hormis une inscription en marge de l'inscription initiale, une hypothèque initialement inscrite à l'appui d'un premier prêt, le plus souvent immobilier. Le remboursement partiel du prêt initial vise à dégager une nouvelle « surface de garantie » qui permet d'obtenir un nouveau prêt dans des conditions peu onéreuses. Cette recharge peut avoir pour bénéficiaire le même créancier ou un autre créancier.

En principe, le rang des créanciers dans le cadre de la répartition du produit de la vente d'un immeuble est fixé par la date de l'inscription d'hypothèque, suivant le principe de l'antériorité. Le premier créancier désintéressé est celui ayant l'inscription la plus ancienne.

Or, dans le cadre des conventions de rechargement, la créance du nouveau prêteur est garantie par l'hypothèque initiale à sa date d'inscription, même si des hypothèques ont été inscrites par d'autres créanciers postérieurement à l'inscription initiale mais antérieurement à la convention de rechargement. Cela décline mécaniquement le rang de ces créanciers.

L'article 21 de l'ordonnance du 23 mars 2006 modifie donc l'article 2425 du code civil afin de préciser que l'hypothèque judiciaire conservatoire inscrite après l'inscription initiale mais avant l'inscription d'une convention de rechargement est réputée d'un rang antérieur à celui de la convention de rechargement. Le problème est que cette rédaction ne prend pas en compte les

autres hypothèques et notamment l'hypothèque légale du Trésor ou des URSSAF, qui est reportée à un rang postérieur.

Comme l'indique le rapporteur général M. Gilles Carrez dans son rapport (n° 3363) sur le projet de loi de finances pour 2007, « *Le texte adopté ne dépouille certes pas le Trésor Public et les autres organismes de tout moyen d'action : ils peuvent recourir, de manière systématique, à l'hypothèque judiciaire conservatoire. Mais il en résultera un alourdissement de la procédure administrative, et donc de son coût. À défaut de titre exécutoire, l'inscription d'une hypothèque judiciaire conservatoire suppose une ordonnance du juge de l'exécution. En outre, l'hypothèque judiciaire conservatoire doit être signifiée par huissier. Enfin, contrairement à l'hypothèque légale, l'hypothèque judiciaire conservatoire est inscrite à titre provisoire, et suppose l'inscription d'une hypothèque définitive.* »

Compte tenu de ce problème, le I de l'article 4 du projet de loi de finances pour 2007 propose de modifier le cinquième alinéa de l'article 2425 du code civil afin que le Trésor puisse être prioritaire pour ses hypothèques judiciaires par rapport à une créance postérieure à celles-ci et couverte par la garantie initiale dans le cadre d'une convention de rechargement.

2. Les mesures proposées

Le I du présent article propose de modifier le code civil.

Il vise à réécrire le cinquième alinéa de l'article 2425 du code civil, qui est l'unique article d'une section intitulée « *Du classement des hypothèques* ». Cet alinéa, dans sa rédaction actuelle, dispose : « *L'inscription d'une hypothèque judiciaire conservatoire est réputée d'un rang antérieur à celui conféré à la convention de rechargement lorsque la publicité de cette convention est postérieure à l'inscription de l'hypothèque judiciaire conservatoire.* »

Il est proposé que cet alinéa vise spécifiquement l'inscription de l'hypothèque légale des organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de protection sociale, afin qu'elle soit réputée d'un rang antérieur à celui conféré à la convention de rechargement lorsque cette convention est publiée après l'inscription de cette hypothèque.

L'expression « organisme gestionnaire d'un régime obligatoire de protection sociale » permet de prendre en compte non seulement les organes gestionnaires d'un régime de sécurité sociale mais également les ASSEDIC (régime de l'assurance chômage), organismes qui ne relèvent pourtant pas du champ des lois de financement de la sécurité sociale. Cette disposition bienvenue, suggérée par l'ACOSS, permettra de conserver les droits des organismes de protection sociale créanciers.

Le **II** du présent article propose de modifier l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale. À la différence du **I**, il ne concerne que les organes gestionnaires d'un régime de sécurité sociale.

Le **A** du **II** vise à modifier le premier alinéa de l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale afin que l'article dispose qu'un décret fixera un seuil de dettes à partir duquel le privilège sera inscrit. Le seuil sera différencié en fonction de la catégorie à laquelle appartient le cotisant et de l'effectif de son entreprise.

Le **B** du **II** vise à prendre en compte la création de l'hypothèque rechargeable.

Il propose de compléter l'article par un alinéa nouveau disposant que la règle d'antériorité du rang de l'inscription hypothécaire fixée à l'avant-dernier alinéa de l'article 2425 du code civil s'applique aux hypothèques mentionnées aux articles L. 243-4 et L. 244-9 du code de la sécurité sociale, articles qui créent un privilège et une hypothèque au profit des organismes de sécurité sociale.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

Puis elle a *adopté* l'article 29 ainsi modifié.

Article 30

Dématérialisation des déclarations et des paiements de cotisations, contributions ou taxes sociales

Le présent article propose de modifier les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la déclaration et au paiement des cotisations, contributions et taxes sociales aux organismes de recouvrement. Il s'agit d'accélérer le processus de dématérialisation des déclarations sociales en vue, d'une part, de simplifier les démarches des entreprises et, d'autre part, de permettre des gains de productivité dans la branche recouvrement.

La dématérialisation est un élément important de modernisation des formalités et de réduction des coûts pour les entreprises et les organismes sociaux. Il faut donc favoriser la mise en place d'une obligation de déclaration et de paiement par voie électronique. Cette mise en place doit cependant être progressive afin de laisser aux cotisants le temps de s'adapter.

1. Le contexte

Il importe au préalable de bien distinguer la déclaration du paiement des cotisations.

En l'état actuel du droit, régi par l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale, les entreprises redevables de cotisations, contributions et taxes d'un

montant supérieur à 150 000 euros sont tenues de régler cette somme par virement ou, en accord avec leur organisme de recouvrement, par tout autre moyen de paiement dématérialisé. Les entreprises autorisées à verser pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements les cotisations dues à un organisme de recouvrement autre que celui ou ceux dans la circonscription desquels ces établissements se trouvent situés sont soumises à la même obligation.

Le non-respect de cette obligation entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Ces dispositions sont applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S).

La dématérialisation et le développement de l'Internet en matière de recouvrement des dettes sociales sont encouragés. Ces techniques permettent notamment de s'affranchir des contraintes des destinataires multiples et des délais de transmission. Elles permettent aussi en temps réel des contrôles de qualité.

Les pouvoirs publics ont suscité en mars 2000 la création d'un groupement d'intérêt public (GIP) : le GIP « Modernisation des déclarations sociales » (GIP-MDS). Ce groupement inclut la totalité des organismes nationaux de protection sociale tous régimes confondus ainsi que des fédérations d'assureurs et les organisations professionnelles patronales. Il a pour mission de promouvoir les déclarations sociales dématérialisées et d'offrir un accès à celles-ci sur le portail Internet « www.net-entreprises.fr ». L'employeur intéressé peut, par une inscription unique, bénéficier de tout ou partie des services offerts sur le portail. Lorsque les déclarations sont accompagnées d'un paiement, le télé règlement est possible. Les diverses déclarations sociales, dont certaines destinées à de multiples organismes, sont donc accessibles en ligne.

L'utilisation des services déclaratifs a progressé de façon sensible. À la fin de l'année 2005, la dématérialisation concernait 67 % des déclarations d'embauche et 17 % des déclarations de cotisations. En 2006, la progression du nombre de déclarations dématérialisées se poursuit, les déclarations d'embauche atteignant un taux de dématérialisation proche de 70 % et les déclarations de cotisations de 20 %.

Pourtant, l'ACOSS estime que la progression des déclarations de cotisations par voie dématérialisée connaît un rythme relativement lent. Elle reste en deçà des attentes de la branche recouvrement. Cette montée en charge limitée pénalise la qualité du travail des organismes du recouvrement et peut dégrader le service rendu à l'utilisateur. En effet, la dématérialisation de la déclaration peut s'accompagner de nombreux autres services dématérialisés permettant au cotisant de gérer l'ensemble de sa relation avec l'URSSAF par Internet. En outre, les gains de productivité attendus dans la convention d'objectifs et de gestion reposent en partie sur des progrès significatifs dans le taux de dématérialisation des déclarations.

L'ACOSS note par ailleurs que l'augmentation de la dématérialisation des déclarations de cotisations a favorisé le recours au télé règlement au détriment du virement, notamment en ce qui concerne les entreprises redevables de montants élevés de cotisations. Il existe en effet une sorte de « couplage » naturel entre le fait de réaliser sa déclaration sur Internet et le fait d'émettre par le même biais le paiement correspondant. De plus, par rapport au virement, le télé règlement procure un avantage en trésorerie à l'entreprise, il est encaissé à l'échéance alors que le virement est encaissé dès son émission. Dès lors, la trésorerie commune du régime général est pénalisée lorsque des gros cotisants migrent du virement vers le télé règlement. De plus, en cas de défaillance du service chargé d'exécuter les télé règlements, les conséquences financières deviennent significatives pour l'ACOSS. En effet, les paiements de la branche famille (3 milliards d'euros) et de la dotation globale hospitalière (1,5 milliard d'euros) sont versés à la date du cinq de chaque mois et les prestations vieillesse au neuf de chaque mois (5,7 milliards d'euros). En cas de problème dans l'exécution des télé règlements, une masse importante de cotisations serait décalée de un à plusieurs jours selon la panne. L'ACOSS se verrait alors contrainte de mobiliser des emprunts additionnels massifs à la hauteur des cotisations non reçues. Cette mobilisation se ferait sans préavis suffisant auprès de la CDC, c'est-à-dire au coût le plus élevé.

Le présent article vise donc à favoriser l'utilisation du virement. Cela permettra de clarifier la doctrine de la branche du recouvrement en matière d'utilisation de moyens de paiement. Les plus gros cotisants seront obligatoirement orientés vers le virement afin d'optimiser la trésorerie de la branche ; en contrepartie, les entreprises acquittant moins de sept millions d'euros de cotisations annuelles seront libres de choisir le moyen de paiement dématérialisé. Cette mesure permet donc de donner un cadre lisible à la promotion de la télé déclaration et à son articulation avec les moyens de paiement utilisés.

Les mesures proposées dans le cadre du présent article s'inscrivent dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2006-2009 (point 1.1.2 « Développer les services dématérialisés »). Elles concrétisent l'engagement de l'Etat de contribuer au développement des télé procédures.

Le rapporteur note également que l'effort accru de dématérialisation va dans le sens des recommandations du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale relatif aux coûts de gestion et à l'organisation du régime général⁽¹⁾. Ce rapport souligne en effet l'importance des gains de productivité dont les organismes de sécurité sociale pourraient bénéficier en profitant au mieux de l'informatisation des procédures.

(1) Rapport n° 2680 déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale et présenté par M. Jean-Pierre Door, député.

2. Le dispositif proposé

Le **I** du présent article modifie l'intitulé de la section 5 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale afin d'y intégrer la notion de déclaration des cotisations.

Le **II** modifie l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale. C'est l'article unique de la section visée par le **I**.

Le 1° du **I** vise à ce que lorsque le montant des cotisations, contributions et taxes mentionnées est supérieur à sept millions d'euros au titre d'une année civile, le mode de paiement dématérialisé soit obligatoirement le virement bancaire. Conformément au III de l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale, le non-respect de cette obligation entraînera l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes.

Suivant les données transmises par l'ACOSS, le seuil de sept millions d'euros concernerait environ 2 500 entreprises pour 67 milliards d'euros (56 % des montants du total des virements). Environ 925 d'entre elles utilisent aujourd'hui le télé règlement, pour une somme totale de 14 milliards d'euros.

Le 2° du **II** et le **III** du présent article concernent la déclaration de cotisations, contributions ou taxes. Ils proposent d'instituer une obligation de dématérialiser les déclarations sociales effectuées au titre des sommes dont l'entreprise doit s'acquitter auprès de l'URSSAF.

Cette obligation s'appréciera en fonction du montant des cotisations, contributions et taxes dont l'entreprise est redevable annuellement. Elle sera appliquée progressivement :

– au 1^{er} janvier 2007, pour les entreprises redevables de plus de 800 000 euros,

– au 1^{er} janvier 2008, pour les entreprises redevables de plus de 400 000 euros

- au 1^{er} janvier 2009, pour les entreprises redevables de plus de 150 000 euros.

Le **IV** du présent article concerne la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S). Il propose de créer un article L. 651-5-3 nouveau dans le code de la sécurité sociale, article qui impose aux sociétés ou entreprises dont le chiffre d'affaires est supérieur ou égal à cinq millions d'euros d'effectuer la déclaration et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie électronique.

Cette obligation est assortie de sanctions. En effet, il est proposé que lorsque la transmission de la déclaration ou le versement n'a pas été fait par voie

électronique, il soit appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société ou l'entreprise.

Conformément à ce que propose le **VIII** du présent article, le seuil de cinq millions d'euros passera à 1,5 million d'euros au 1^{er} janvier 2008 puis à 760 000 euros au 1^{er} janvier 2009.

En cohérence avec les dispositions du **IV** qui a créé un régime spécifique à la C3S, le **V** du présent article vise à supprimer l'application au dispositif de la C3S des mécanismes prévus à l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale applicable (cf. *supra*, **I** du présent article).

Le **VI** du présent article propose par coordination avec le **IV** de modifier l'article L. 651-9 du code de la sécurité sociale qui autorise dans sa rédaction actuelle qu'un décret fixe les modalités de recouvrement de la C3S ainsi que les majorations de retard.

Il est proposé que ce décret puisse fixer également les majorations dues en application de l'article L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale. Ces majorations pourront faire l'objet d'une remise totale ou partielle décidée par le directeur de l'organisme de recouvrement. Ces décisions pourront faire l'objet d'un recours devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale qui statuent en dernier ressort.

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, visant à reporter l'application de l'obligation de télédéclaration portant sur les entreprises payant plus de 800 000 euros de cotisations du 1^{er} janvier au 1^{er} janvier 2007, afin de leur permettre d'adapter leurs équipements informatiques.

La commission a ensuite *adopté* l'article 30 ainsi modifié.

Article 31

Habilitation pour 2007 des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à des ressources non permanentes

Conformément au e) du 2^o 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 2007. 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 auprès d'intermédiaires financiers ou auprès du marché monétaire. Ces organismes sont, pour 2006, au nombre de sept :

– le régime général ;

– le régime des non-salariés agricoles (Fonds de financement des prestations sociales agricoles ou 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) ;

– la Caisse de retraites du personnel de la régie autonome des transports parisiens (CRPRATP).

Ces plafonds ne correspondent pas à des déficits comptables autorisés, mais au point (prévisionnel) le plus bas de la trésorerie de ces organismes. D'un point de vue formel, le rapporteur note que des données de rappel sur les autorisations données par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 auraient été utiles.

Conformément à la loi organique relative aux lois de financement, l'annexe 9 jointe au projet de loi justifie les besoins de trésorerie de ces régimes et de ces organismes.

1. Le régime général

Il est proposé d'autoriser le régime général à emprunter jusqu'à un plafond de 28 milliards d'euros en 2007. Pour mémoire, les plafonds des années précédentes étaient les suivants.

Plafonds d'emprunts annuels du régime général 2004 – 2007

Loi de financement de la sécurité sociale	Montants en milliards d'euros
2004	33
2005	13
2006	18,5
2007	25

Source : lois de financement et projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

Malgré l'amélioration prévue des comptes du régime général en 2007, il est proposé de relever le plafond d'avances, notamment en raison du solde dégradé de la trésorerie au 1^{er} janvier 2007, prévu à – 14,4 milliards d'euros (contre un solde au 1^{er} janvier 2006 de – 6,9 milliards d'euros). Le profil de la

trésorerie du régime général pour 2007 sera particulièrement tendu. La variation annuelle de trésorerie serait de – 13,3 milliards d’euros, le solde au 31 décembre 2007 atteignant – 27,8 milliards d’euros. Le solde moyen au cours de l’exercice 2007 s’élèverait à – 18 milliards d’euros, soit près du double de celui de 2006. Le besoin de trésorerie le plus élevé apparaîtrait le 31 décembre et serait de – 27,8 milliards d’euros.

En 2007, aucune reprise de déficit de l’assurance maladie par la CADES n’est prévue, ce qui va entraîner un alourdissement des charges financières en raison du poids que le déficit prévisionnel 2007 va faire peser sur la trésorerie. Les charges financières seront également accrues par la probable remontée des taux d’intérêt sur l’année 2007. Le taux *Eonia*⁽¹⁾ est resté inchangé à un peu plus de 2 % de juin 2003 à décembre 2005, date à laquelle la Banque centrale européenne (BCE) a opéré son premier relèvement de taux de 0,25 %. En 2006, trois nouveaux relèvements de 0,25 % ont été décidés. Le consensus de marché pour l’année 2007 porte l’*Eonia* moyen à 3,85 %.

Les charges financières du régime général pour 2007 atteindraient 804 millions d’euros (dont 488 millions d’euros pour la CNAV et 269 millions d’euros pour la CNAM), contre 389 millions d’euros en 2006 et 156 millions d’euros en 2005. En trois ans, le montant des charges financières pesant sur le régime général a plus que quintuplé, alors même que les taux restaient historiquement très bas. Selon les documents fournis par l’ACOSS, le coût induit des dettes cumulées de l’Etat pour le régime général se monte à 150 millions d’euros.

Les rapports entre l’ACOSS et la Caisse des dépôts et consignations (CDC), qui faisaient l’objet d’une convention conclue en octobre 2001, sont régis à compter du 1^{er} octobre 2006 par une nouvelle convention signée le 21 septembre 2006. Cette nouvelle convention comprend deux parties : l’une relative aux comptes et à la tenue de ceux-ci, l’autre relative aux avances de trésorerie et aux placements.

Concernant la tenue de compte, la CDC facturera à l’ACOSS le coût lié à la tenue de compte pour un montant annuel de 3,7 millions d’euros par an. Concernant les types d’avances, l’ancienne convention de 2001 prévoyait quatre types d’avances : les avances prédéterminées sur un à six mois, les avances prédéterminées sur quatre jours à un mois, les avances à 24 heures et enfin les avances le jour même. La nouvelle convention reconduit ces avances dans des conditions financières parfois plus avantageuses pour l’ACOSS. De plus, elle introduit de nouveaux types de modes de financement (billets de trésorerie et avances prédéterminées sur sept à treize jours). En contrepartie, l’ACOSS s’engage à fournir à la CDC des prévisions sur trois mois. Des pénalités sont liées

(1) *Eonia* : Euro Overnight Index Average, ou taux effectif moyen pondéré du marché monétaire au jour le jour en euro

à ce nouveau calendrier de transmission des prévisions et sont applicables lorsque les réalisations s'écartent des prévisions.

2. Le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA)

Le montant du plafond d'avances (7,100 milliards d'euros) est identique à celui fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Le profil de trésorerie 2007 est plus tendu que celui de 2006, qui a bénéficié d'une reprise de dette par l'Etat. La trésorerie 2007 partirait d'un point d'entrée de - 3,88 milliards d'euros. La variation annuelle de trésorerie serait de - 2,3 milliards d'euros, le solde au 31 décembre atteignant - 6,18 milliards d'euros. Le solde moyen au cours de l'exercice s'élèverait à - 5,49 milliards d'euros.

Le besoin de trésorerie le plus élevé apparaîtrait le 27 décembre et serait de - 6,35 milliards d'euros. Le montant d'avances plafond permet donc de laisser une marge de sécurité de 780 millions d'euros par rapport à ce point bas.

3. 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).

En 2007, la situation financière de la caisse devrait s'améliorer. Il est donc proposé de revoir à la baisse le plafond d'emprunt par rapport à l'exercice 2006. Ce plafond serait donc de 350 millions d'euros au lieu de 550 millions d'euros. Une des incertitudes pesant sur la prévision concerne le passage de certaines catégories d'agents de la fonction publique d'Etat à la fonction publique territoriale, dans le cadre de dispositions sur la décentralisation.

4. La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)

Alors que la caisse a été autorisée en 2006 à contracter des emprunts pour un montant maximal de 300 millions d'euros, elle n'a recouru sur l'année à aucun emprunt. Cet écart par rapport à la prévision de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 est lié à la modification du calendrier de versement de la surcompensation vieillesse avec un avancement des dates en novembre et décembre au lieu de janvier et février de l'année d'après, permettant à la caisse de

rester excédentaire tout au long de l'année. Le solde au 31 décembre 2006 est estimé à 129 millions d'euros.

Le point bas 2007 devrait se situer à – 130 millions d'euros en décembre. Il est proposé de retenir un plafond d'avances de 200 millions d'euros. La marge de précaution se justifie notamment par l'incertitude de la date de réalisation des ventes immobilières programmées pour la fin 2007.

5. La Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)

La CNIEG a été intégrée en 2005 dans la liste des régimes autorisés à recourir à des ressources non permanentes. 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 a été 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.

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).

En 2006, le profil de trésorerie a été marqué en début d'année par des régularisations liées à la mise en place de la caisse en cours d'année. Le point bas devrait être atteint le 5 janvier avec – 469 millions d'euros et le point haut le 1^{er} janvier avec – 111 millions d'euros.

Pour 2007, il est proposé de retenir un niveau d'avances de 500 millions d'euros (contre 475 millions d'euros en 2006) permettant de faire face au décalage existant entre d'une part le rythme de versement des pensions de retraite par la CNIEG à ses affiliés (versement trimestriel, au premier jour du trimestre pour le trimestre concerné) et d'autre part, le rythme des transferts de la CNAVTS à la CNIEG dans les conditions de droit commun des prestations (versement mensuel à terme échu, au début d'un mois au titre du mois précédent).

6. Le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE)

En 2006, la gestion du FSPOIE a été modifiée en raison de la mise en place d'un compte d'affectation spéciale dénommé « 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 a été autorisé en 2006 à

contracter des emprunts pour un montant de 150 millions d'euros. Le plafond d'avances 2007 sera fixé au même montant.

7. Le régime spécial de retraites de la régie autonome des transports parisiens (RATP)

Le décret n° 2005-1635 du 26 décembre 2005 a instauré la caisse de retraites du personnel de la régie autonome des transports parisiens (CRPRATP). Les décrets n° 2005-1636 et n° 2005-1637 du 26 décembre 2006 prévoient les ressources de ce régime spécial adossé au régime général. La caisse reprend les obligations de la RATP en matière de prise en charge des pensions des personnels du régime spécial de la RATP. L'adossement à la CNAVTS sera effectif à la date d'entrée en vigueur des conventions signées entre la CRPRATP, la CNAVTS et l'ACOSS. À titre transitoire, jusqu'à cette date, l'Etat assure l'équilibre financier de la caisse par le versement de subventions. Alors qu'il est proposé d'autoriser cette caisse à recourir en 2007 à l'emprunt pour un montant maximal de 50 millions d'euros, l'annexe ne donne pas de détails sur l'évolution du profil de trésorerie de la caisse.

*

La commission a *adopté* l'article 31 sans modification.

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

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITION RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2007

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Avant l'article 32

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian prévoyant que chaque bénéficiaire de l'assurance maladie « *peut* » disposer d'un dossier médical personnalisé (DMP).

M. Bruno Gilles a expliqué que de fait le DMP ne sera pas obligatoire pour tous les assurés au 1^{er} janvier 2007, compte tenu des décisions prises par le comité d'orientation du groupement d'intérêt public (GIP) sur le DMP. Le Parlement doit donc se saisir de cette question, et non pas s'en dessaisir au profit du GIP.

Après que **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance malade et les accidents du travail**, s'est opposé à l'amendement, dès lors qu'il

reviendrait à rendre le DMP facultatif pour les assurés, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à supprimer la contribution d'un euro instituée par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que, depuis le début, les députés communistes et républicains se sont opposés à cette punition infligée aux assurés sociaux, ayant une idée plus haute de la notion de « responsabilisation des patients ».

Ayant souligné que le débat a déjà eu lieu à de nombreuses reprises sur cette participation, dont l'objet est en effet de responsabiliser les assurés et dont le montant est au surplus modeste et fait l'objet d'un plafonnement annuel, **le rapporteur pour l'assurance malade et les accidents du travail** a émis un avis défavorable.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 32

Définition par voie réglementaire des règles applicables en matière d'heures de sorties pour les assurés en arrêt de travail

Afin d'assouplir le dispositif actuel pour certains patients, cet article propose de supprimer toute référence au principe selon lequel les heures de sorties ne peuvent excéder trois heures consécutives, en renvoyant à un décret en Conseil d'Etat la définition des règles applicables en la matière.

*

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin tendant à préciser que les heures de sorties sont fixées par le praticien en adéquation avec les nécessités du malade, en particulier pour les patients atteints d'une affection de longue durée.

Mme Catherine Génisson a indiqué qu'il s'agit d'un amendement de bon sens, qui va dans le sens des bonnes pratiques et surtout de l'intérêt thérapeutique du patient. En effet, si tout le monde s'accorde sur la nécessité de lutter contre les abus ou les fraudes en la matière, il convient en revanche de traiter différemment les personnes atteintes d'affections de longues durée, pour lesquelles des heures de sorties plus longues peuvent s'avérer nécessaires, en particulier pour certaines affections psychiques. L'amendement vise précisément à remédier à cette difficulté, en laissant l'appréciation des horaires de sortie au médecin prescripteur.

M. Jean-Luc Prél a souligné l'intérêt de cet article, en jugeant également nécessaire d'assouplir le régime des heures de sorties pour certains patients.

Toutefois, les spécificités présentées par certaines affections de longue durée, tels que des cancers ou des maladies psychiatriques, seraient mieux prises en compte dans le dispositif proposé par cet amendement, plutôt qu'en renvoyant la définition du régime des heures de sorties, comme le prévoit le présent article.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance malade et les accidents du travail, a répondu que si tout le monde s'accorde sur l'opportunité d'assouplir la réglementation actuelle, la rédaction du présent article apparaît satisfaisante en l'état et permettra de prendre en compte, avec souplesse, les besoins particuliers de certains malades.

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

La commission a ensuite *rejeté* un amendement de portée similaire de M. Bruno Gilles.

La commission a *adopté* l'article 32 sans modification.

Article additionnel après l'article 32

Recours des établissements sociaux et médico-sociaux contre les obligés alimentaires de leurs résidents

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance malade et les accidents du travail, et de Mme Cécile Gallez visant à introduire la possibilité pour les établissements sociaux et médico-sociaux d'exercer un recours contre les obligés alimentaires de leurs résidents.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance malade et les accidents du travail, a expliqué que le recours direct contre les obligés alimentaires était prévu par la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière pour les établissements publics sociaux et médico-sociaux, mais la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 a eu pour effet malvenu d'abroger le dispositif pour ces établissements, dont les actions auprès des juges aux affaires familiales sont bloquées.

Il convient par conséquent de rétablir les établissements sociaux ou médico-sociaux dans leur capacité passée, présente et future à exercer une action en justice directement contre les obligés alimentaires.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 32

Régime d'assurance maladie des travailleurs frontaliers occupés en Suisse

Puis, la commission a examiné un amendement de M. Bernard Accoyer relatif au régime d'assurance maladie des travailleurs frontaliers français occupés en Suisse.

M. Jean-Pierre Door a indiqué que, depuis l'entrée en application le 1^{er} juin 2002, de l'accord sur la libre circulation des personnes, entre la France et la Suisse, un droit d'option, limité au seul risque maladie pour les prestations en nature est offert, à titre dérogatoire, aux travailleurs frontaliers occupés en Suisse et aux titulaires de pensions et rentes suisses ne résidant pas en Suisse ainsi qu'à leurs ayants droit, dans la mesure où ils bénéficient d'une couverture maladie en France. Or ce droit d'option court uniquement pour une période de sept ans, c'est-à-dire jusqu'en 2009, alors que la libre circulation entre la Suisse et les États membres de l'Union européenne ne sera effective qu'à partir du 1^{er} juin 2014, soit douze ans après la date d'entrée en vigueur de l'accord conclu le 21 juin 1999. Il convient donc d'étendre les dispositions transitoires jusqu'à cette date.

Suivant l'avis favorable de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance malade et les accidents du travail**, la commission a *adopté* l'amendement.

Article 33

Relèvement du plafond annuel de ressources ouvrant droit au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé

Cet article vise à relever à 20 % du plafond de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) le montant du plafond annuel de ressources ouvrant droit au dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, institué par l'article 56 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

*

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian tendant à préciser que les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion (RMI) ont droit à la protection complémentaire en matière de santé à compter de l'acceptation par le président du conseil général de leur demande de RMI.

M. Bruno Gilles a jugé nécessaire de mettre un terme à certains usages frauduleux, dont il a été fait état dans certains articles de presse. Il semble en effet que certaines personnes profitent du fait que les dossiers de demande de RMI s'accompagnent systématiquement d'une demande de couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), en sachant pertinemment qu'elle leur sera refusée en raison de leur niveau de revenu. Ce faisant, ils peuvent ainsi bénéficier de façon induue, de la CMUC pendant un an.

M. Jean-Marie Le Guen s'est opposé à l'amendement, en estimant qu'il conduirait à pénaliser l'ensemble des bénéficiaires du RMI pour seulement quelques fraudeurs. Si l'objectif est véritablement de lutter contre ces derniers, il serait en tout état de cause préférable d'envisager de réclamer le trop-perçu, s'il s'avère que le bénéfice de la CMUC n'est pas justifié.

Tout en partageant la volonté de lutter contre les fraudes dans ce domaine, **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, s'est cependant déclaré défavorable à l'amendement, en estimant que cette question relève davantage du projet de loi de finances.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Claude Evin visant à améliorer l'accès des personnes hébergées en établissement médico-social à une protection complémentaire en matière de santé.

M. Jean-Marie Le Guen a jugé nécessaire de modifier les règles actuelles de calcul des ressources ouvrant droit au bénéfice de la CMUC, afin que soit seul pris en compte le reste à vivre des personnes hébergées dans des établissements sociaux et médico-sociaux, tel que défini par l'article L. 132-3 du code de l'action sociale et des familles.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 33 sans modification.

Article additionnel après l'article 33

Majoration du tarif de remboursement des dispositifs médicaux pour certains assurés

La commission a examiné un amendement du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail prévoyant la majoration du tarif de remboursement des dispositifs médicaux pour les assurés atteints d'une affection ou d'un handicap, dont la liste est arrêtée par décret.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a expliqué que les personnes atteintes d'une affection chronique ou d'un handicap invalidant utilisent fréquemment et sur de longues périodes des dispositifs médicaux, dans le cadre de leur protocole de soins. Or ces dispositifs peuvent se révéler coûteux et que leur prise en charge par l'assurance maladie, sur la base d'un tarif de la sécurité sociale inférieur au prix de vente réel, est souvent insuffisante.

La commission a *adopté* l'amendement.

Après l'article 33

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à supprimer la possibilité de majorer la participation des bénéficiaires de la CMUC en cas de non-respect du parcours de soins.

Mme Catherine Génisson a souligné la nécessité de supprimer les dispositions introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, qui ont pour effet d'instaurer une pénalité financière pour des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, de nature à entraîner des renoncements aux soins.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 34

Possibilité pour les infirmiers de prescrire certains dispositifs médicaux

Cet article vise à donner la possibilité aux infirmiers de prescrire des dispositifs médicaux à leurs patients, dans le cadre de l'exercice de leurs compétences et sous certaines conditions.

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél visant à permettre aux pharmaciens de dispenser certains médicaments, sauf en cas d'indication contraire du médecin traitant.

M. Jean-Luc Prél a précisé qu'il s'agit de permettre aux pharmaciens, en cas d'urgence, de dispenser certains médicaments, dont la liste serait fixée par voie réglementaire, pour des patients atteints d'une affection de longue durée et selon un protocole de soins bien précis.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, qui a fait remarquer que l'amendement ne prévoit pas parallèlement de permettre aux médecins de vendre des médicaments, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél visant à élargir le champ de compétences des directeurs et directeurs adjoints de laboratoire d'analyse de biologie médicale

M. Jean-Luc Prél a précisé qu'il s'agit de permettre aux directeurs de laboratoire d'analyse de biologie médicale de réaliser des prescriptions, voire des consultations, dès lors que rien ne justifie qu'ils n'aient pas les mêmes droits que les médecins biologistes hospitaliers ou l'ensemble des autres médecins.

M. Jean-Marie Le Guen s'est interrogé sur le fait de savoir si cet amendement ne revient pas en réalité à restreindre les compétences des médecins biologistes.

M. Jean-Luc Prével a répondu qu'il s'agit bien d'une extension de la possibilité de prescription.

Mme Catherine Génisson a estimé qu'au contraire l'amendement, tel qu'il est rédigé, semble assez restrictif et s'est interrogée de surcroît sur les conditions dans lesquelles les examens ainsi prescrits seraient pris en charge par l'assurance maladie, dans la mesure où ils pourraient s'inscrire en dehors du parcours de soins.

Le président Jean-Michel Dubernard a jugé nécessaire en tout état de cause de clarifier la rédaction de l'amendement d'ici son examen en séance publique.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 34 sans modification.

Après l'article 34

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à permettre aux pharmaciens, sous certaines conditions, de dispenser des médicaments au-delà de la durée de traitement prescrite.

M. Jean-Luc Prével a précisé que l'amendement vise à éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, par exemple dans le cas où il n'aurait pas pu obtenir de rendez-vous chez son médecin traitant. Ultérieurement, dans le cadre d'un protocole de soins définis avec les professionnels concernés, les pharmaciens pourraient ainsi assurer la continuité des traitements sur des périodes plus longues et améliorer ainsi la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, au motif que cette proposition peut apparaître séduisante mais nécessite au préalable une concertation approfondie avec l'ensemble des professionnels concernés, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 34

Nature de la participation des médecins libéraux à la permanence de soins

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door visant à préciser que les médecins libéraux participent à « *la mission de service public* » de la permanence des soins.

M. Jean-Pierre Door a indiqué que cet amendement vise à supprimer toute référence au fait que les médecins participent à la permanence des soins « *dans un but d'intérêt général* », qui n'a pas de portée normative, en précisant désormais que celle-ci relève d'une mission de service public. Il s'agit ainsi de garantir une meilleure participation des médecins à un dispositif fondé sur le volontariat et d'éviter également que les préfets soient conduits à prendre des mesures de réquisition.

Suivant l'avis favorable de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, qui a toutefois émis des doutes sur le fait que l'amendement relève du champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la commission a *adopté* l'amendement.

Après l'article 34

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à préciser les modalités de prise en charge par l'assurance-maladie des médicaments dispensés par un pharmacien.

M. Jean-Luc Prével a expliqué qu'il s'agit d'un amendement de conséquence avec ceux présentés précédemment, qui visaient à permettre aux pharmaciens de prescrire des médicaments dans certains cas.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 34

Dispositions transitoires relatives à la composition des chambres disciplinaires de première instance de l'Ordre national des pharmaciens

La commission a examiné, deux amendements identiques de M. Jean-Luc Prével et de M. Bruno Gilles prévoyant la prolongation du délai d'application prévu par l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé, concernant la composition des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre national des pharmaciens.

M. Jean-Luc Prével a souligné que l'amendement vise à remédier à la paralysie de l'ensemble des chambres disciplinaires de première instance de

l'ordre, en raison de l'absence de parution du décret d'application des dispositions prévues en la matière par l'ordonnance du 26 août 2005.

Suivant l'avis favorable de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, qui a toutefois fait observer que ces dispositions peuvent sembler étrangères au champ du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la commission a *adopté* l'amendement.

Article 35

Encadrement du prix des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) – Conditions dérogatoires de prise en charge pour certains médicaments, produits ou prestations

Cet article vise, d'une part, à favoriser la définition d'un juste prix pour les médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et, d'autre part, à permettre, à titre dérogatoire, la prise en charge de certains médicaments pour des patients atteints de maladies rares ou graves.

*

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles visant à préciser que « *tout ou partie* » de la différence entre le chiffre d'affaires facturé par les établissements de santé sur la base des indemnités déclarées au Comité économique des produits de santé (CEPS) pour les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités au prix fixé par le CEPS, sera reversée « *à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale* » (ACOSS).

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail s'est déclaré favorable à la précision apportée par l'amendement, tout en suggérant d'en améliorer la rédaction d'ici la prochaine réunion de la commission au titre de l'article 88 du Règlement de l'Assemblée nationale.

En conséquence, **M. Bruno Gilles** a *retiré* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Bruno Gilles ayant pour objet de préciser la nature conventionnelle des remises prévues par cet article.

Après que **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, s'est déclaré favorable à l'amendement dans la mesure où cette question semble connexe à celle soulevée par l'amendement précédent. Suivant la proposition du **président Jean-Michel Dubernard**, qui a suggéré d'en améliorer la rédaction, l'amendement a été *retiré*.

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles visant à exclure du champ de la procédure dérogatoire de prise en charge prévue pour

certaines produits ou traitements, ceux prescrits aux personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD), remplissant les conditions prévues aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

M. Bruno Gilles a expliqué que les personnes atteintes d'une ALD ne peuvent être traitées selon les mêmes modalités que celles prévues pour les personnes atteintes de maladies rares, dont la prise en charge doit effectivement être améliorée.

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement de **M. Bruno Gilles** visant à confier aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale la responsabilité de fixer les bases forfaitaires de remboursement des produits, pris en charge à titre dérogatoire en application de cet article, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), et non plus directement à celle-ci.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* un amendement de **M. Bruno Gilles** prévoyant que l'UNCAM est chargée de rendre un avis sur les bases forfaitaires de remboursement, **le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** ayant émis un avis favorable dans la mesure où il s'agit d'un amendement de coordination avec le précédent.

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin relatif à la prise en charge des dispositifs médicaux et appareillages personnalisés pour les activités de soins de suite ou de réadaptation.

Mme Catherine Génisson a indiqué que les progrès techniques et médicaux très importants réalisés en matière de suite thérapeutique ont un coût qu'il faut prendre en compte. Afin d'améliorer la qualité des soins et d'en faire profiter tous les patients, des financements ciblés après entente préalable, doivent pouvoir être effectués.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a jugé la proposition intéressante mais prématurée, annonçant qu'un amendement de même nature sera déposé dans le cadre de la procédure de l'article 88 du règlement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 35 ainsi modifié.

Après l'article 35

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à renforcer la protection des droits de propriété intellectuelle attachés au brevet d'un médicament.

Après avoir souligné l'importance de promouvoir les génériques, **M. Jean-Luc Prével** a toutefois condamné les pratiques de certains laboratoires pharmaceutiques qui n'hésitent pas à commercialiser ces médicaments, avant la chute dans le domaine public du brevet des spécialités de référence (*princeps*), au mépris de la réglementation applicable en matière de protection de la propriété intellectuelle. Il convient donc de faire en sorte que la question de la validité des droits de propriété intellectuelle puisse être réglée en amont, avant l'inscription d'un médicament au répertoire des génériques, car les laboratoires commercialisant les *princeps* ne disposent pas actuellement de moyens juridiques leurs permettant d'empêcher rapidement la commercialisation de génériques, qui présenteraient le caractère d'une contrefaçon, par la voie d'une action en référé.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a déclaré partager l'objectif poursuivi par l'amendement, mais jugé préférable de mettre en place un dispositif de nature conventionnelle. En effet, des négociations sont actuellement engagées avec les industriels pharmaceutiques et le CEPS dans l'objectif de mettre en place un dispositif simple et efficace destiné à éviter que des génériques ne soient commercialisés avant l'expiration des droits du brevet.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

M. Jean-Marie Le Guen a toutefois souligné l'importance que les génériqueurs soient également parties aux accords éventuellement conclus avec le CEPS.

Après que **le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a répondu qu'ils avaient en effet vocation à être inclus dans le champ de ces négociations conventionnelles, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével poursuivant un objet similaire.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* deux amendements de **M. Jean-Luc Prével** : le premier proposant de porter de 2,5 % à 5 % le plafond mensuel, prévu par l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale, concernant les remises, ristournes et avantages commerciaux consentis par les fournisseurs des officines, le second proposant par coordination de modifier la rédaction de l'article L. 162-16 du même code.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à compléter les dispositions de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale et à valider par voie législative les dispositions prévues par la convention nationale

conclue le 29 mars 2006 entre l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives des pharmaciens titulaires d'officine.

M. Jean-Luc Préel a souligné l'intérêt des dispositions prévues par la convention nationale pharmaceutique du 29 mars 2006, s'agissant tout particulièrement de la délivrance de médicaments dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail s'est déclaré peu convaincu par l'argumentation, dans la mesure où cette question relève essentiellement du domaine conventionnel.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a également *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à réévaluer les indemnités de manipulation pour les préparations magistrales et les produits délivrés en nature, après que le **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** s'est déclaré défavorable pour les mêmes raisons.

Article 36

Conditions d'autorisation de mise sur le marché et de fixation du prix de certains médicaments autorisés dans un autre État membre et non en France

Cet article propose, d'une part, de transposer certaines dispositions prévues par la directive n° 2001/83 modifiée du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain et, d'autre part, à renforcer l'encadrement du prix de certains médicaments, qui relèvent actuellement du régime de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

*

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et de M. Bruno Gilles visant à préciser que la décision d'autoriser la mise sur le marché d'un médicament, autorisé dans un autre État de l'Union européenne, doit être prise pour des raisons de santé publique « *justifiées* ».

M. Bruno Gilles a précisé qu'il s'agit d'un amendement technique, destiné à reprendre les termes précis de l'article 126 *bis* de la directive n° 2001/83/CE modifiée du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001.

La commission a *adopté* les amendements.

La commission a *adopté* l'article 36 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 36

Renforcement de la traçabilité des médicaments

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door relatif aux règles de bonnes pratiques applicables en matière de préparation, d'importation, d'exportation et de distribution en gros des médicaments.

M. Jean-Pierre Door a souligné la nécessité de veiller au respect des bonnes pratiques en la matière et de renforcer la traçabilité des médicaments à tous les stades de la chaîne pharmaceutique afin de pouvoir identifier la source d'un problème de qualité.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *adopté* l'amendement.

Après l'article 36

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles visant à renforcer les moyens de protection juridiques des laboratoires pharmaceutiques contre la mise sur le marché anticipée des spécialités génériques.

M. Bernard Perrut a précisé que cette disposition vise à permettre la protection préventive des fabricants de spécialités *princeps*, dans la mesure où la réparation du préjudice intervient tardivement et est en général inopérante.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable pour les mêmes raisons que celles évoquées précédemment lors de l'examen d'un amendement similaire.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse prévoyant le retrait de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour les médicaments dont le service médical rendu est nul ou insuffisant.

Rappelant qu'il s'agit d'un problème de longue date, **Mme Jacqueline Fraysse** a jugé inadmissible qu'un médicament dont le SMR est déclaré nul dispose cependant d'une AMM.

Partageant ces propos, **Mme Catherine Génisson** s'est inquiétée de l'envolée tarifaire des médicaments à SMR insuffisant, qui peut constituer une forme de rattrapage financier pour les pharmaciens, certains soutenant que ces médicaments peuvent avoir un effet *placebo*.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail s'est déclaré défavorable à l'amendement, au motif qu'il procède à une confusion entre deux notions très différentes : l'AMM, d'une part, qui s'inscrit d'abord dans une logique de sécurité sanitaire, et les conditions d'inscription au remboursement,

d'autre part, qui définissent des priorités dans la prise en charge des médicaments par la collectivité. Par ailleurs, il convient de souligner que des médicaments dont le SMR a été considéré insuffisant ne sont pas pour autant dépourvus de toute efficacité.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Pour les mêmes raisons, suivant l'avis du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse prévoyant la prise en charge automatique à 100 % des médicaments disposant d'une AMM et inscrits au remboursement.

Article 37

Conditions de prise en charge des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, abusif ou de mésusage

Cet article vise à aménager les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné ou abusif, par exemple certains traitements de substitution aux opiacés.

*

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles visant à préciser que l'arrêté prévu par cet article mentionne également les traitements de substitution à destination des toxicomanes.

M. Bruno Gilles a souligné la nécessité de lutter contre les abus et les fraudes dans ce domaine, s'agissant en particulier du Subutex® dont 20 % des prescriptions feraient l'objet d'un mésusage. Il convient par ailleurs de rappeler les propos tenus par le président de la Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILDT), M. Didier Jayle, selon qui ce médicament est devenu « *une drogue de rue* », alors même qu'il figure dans les spécialités les plus prescrites et remboursées par l'assurance maladie.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est opposé à l'amendement, en jugeant cette précision inutile, dans la mesure où l'arrêté d'application prévu par cet article permettra de soumettre ces traitements de substitution à un encadrement particulier. Par ailleurs, le terme général de « *traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif* » retenu par le présent article présente également l'avantage de permettre un encadrement particulier pour la délivrance de médicaments à consommation plus large, par exemple les psychotropes.

M. Jean-Marie Le Guen s'est interrogé sur la pertinence de cet amendement, alors que le ministre de la santé et des solidarités a pris récemment une décision destinée à ne pas limiter l'accès des patients aux traitements de substitution.

M. Michel Heinrich a répondu que le ministre de la santé et des solidarités s'est uniquement prononcé contre le classement du Subutex® comme stupéfiant.

Sur la proposition du **président Jean-Michel Dubernard**, l'amendement a été retiré.

La commission a ensuite *adopté* l'article 37 sans modification.

Article 38

Renforcement de l'encadrement de la publicité des dispositifs médicaux auprès du grand public

Cet article tend à insérer un nouvel article L. 165-8 dans le code de la sécurité sociale afin de renforcer la réglementation applicable en matière de publicité pour les dispositifs médicaux auprès du grand public.

*

La commission a *adopté* l'article 38 sans modification.

Article 39

Dispositions diverses relatives à l'application de la tarification à l'activité

Cet article modifie plusieurs dispositions relatives à la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) qui est le nouveau mode de financement des établissements de santé.

*

Le président Jean-Michel Dubernard a souhaité appeler l'attention des commissaires sur le nécessaire respect du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions prévues par l'article 34 de la Constitution et l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale, afin de préserver la nature essentiellement financière des ces lois. Il convient par ailleurs de rappeler qu'en application du dernier alinéa de l'article LO. 111-7-1 du même code et de l'article 121-2 du Règlement, le président de la commission des finances, qui apprécie le respect des règles relatives au contenu des lois de financement de la sécurité sociale par les amendements, peut déclarer irrecevables les amendements contraires aux dispositions de la loi organique relative aux lois de financement, dans les conditions prévues aux articles 92 et 98 du Règlement. Ces amendements ne sont alors pas discutés en séance.

Dès lors, il apparaît souhaitable de consacrer davantage de temps à l'examen des amendements présentant un caractère financier et moins de temps à ceux qui seront sans doute déclarés irrecevables car hors champ des lois de financement de la sécurité sociale.

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Dominique Tian et M. Jean-Luc Prével visant à supprimer le coefficient de haute technicité pour les soins particulièrement coûteux en chirurgie selon le rythme de réalisation de la convergence tarifaire intrasectorielle.

M. Jean-Luc Prével et **M. Bruno Gilles** ont souhaité que la diminution progressive du coefficient de haute technicité aille de pair avec la convergence des tarifications. **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis défavorable à l'adoption de ces amendements car la réduction du coefficient de haute technicité et la convergence des tarifications constituent deux processus distincts.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à supprimer, d'une part, l'agrément ministériel des conventions collectives de travail dans les établissements de santé privés à but non lucratif ainsi que le caractère opposable de ces conventions à l'autorité de tarification et, d'autre part, l'opposabilité à l'autorité de tarification des établissements de santé gérés par les Unions pour la gestion des établissements de l'assurance maladie (UGEAM) des conséquences financières des conventions collectives, décisions et accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS).

Mme Jacqueline Fraysse a souligné que le projet de loi constituait un recul significatif pour les salariés des établissements concernés. **Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a donné un avis défavorable à l'amendement. Les dispositions du projet de loi visent à réaliser l'égalité de traitement entre les établissements publics et privés et sont en cohérence avec la logique de la tarification à l'activité.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant la création pour 2007 d'une liste médicaments délivrés dans le cadre des activités de suite ou de réadaptation (SSR) remboursables en sus de la dotation annuelle de financement.

M. Jean-Luc Prével a rappelé que les sorties des établissements de courts séjours étaient de plus en plus rapides et que de nombreux patients accueillis pour des soins de suite se voyaient prescrire des médicaments particulièrement onéreux comme les anticancéreux. Il y a donc urgence à agir.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a donné un avis défavorable à l'adoption de cet amendement en raison de son

caractère prématuré, des expérimentations de la tarification à l'activité devant être menées en 2007.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 39 ainsi modifié.

Après l'article 39

La commission a examiné deux amendements identiques, l'un de M. Jean-Luc Préel, l'autre de M. Dominique Tian, présenté par **M. Bruno Gilles**, visant à supprimer les pénalités applicables en cas de non-respect des objectifs quantifiés fixés, d'une part, par les autorisations de créations d'activités de soins ou d'équipements lourds et, d'autre part, par les contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que les dispositions visées avaient été créées par la loi de financement de l'année dernière et que le non-respect des objectifs fixés devaient, le cas échéant, pouvoir être sanctionné.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* les amendements.

Article additionnel après l'article 39

Extension aux professionnels exerçant dans les centres de santé des aides à l'installation ou au maintien dans les zones déficitaires en offre de soins

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à étendre le bénéfice des aides à l'installation aux professionnels de santé exerçant dans des centres de santé situés dans des zones déficitaires en offre de soins.

M. Jean-Luc Préel a jugé nécessaire de ne pas pénaliser les professionnels de santé qui exercent dans ses centres de santé situés dans des zones défavorisées en offre de soins.

M. Marc Bernier s'est opposé à l'utilisation du terme inadéquat de zones « défavorisées » en jugeant préférable d'évoquer des zones « déficitaires en offre de soins ».

Suivant l'avis favorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *adopté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 39

Conditions particulières d'application des règles relatives au parcours de soins pour les généralistes exerçant dans des centres de santé nouvellement agréés implantés dans des zones déficitaires en offre de soins

La commission a *adopté* un amendement de **M. Jean-Luc Préel** visant à étendre le bénéfice des dispositions prévues par l'article L. 165-5-4 du code de la sécurité sociale aux médecins s'installant dans un centre de santé nouvellement agréé, situé dans une zone déficitaire en offre de soins.

Après l'article 39

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel tendant à ce que les recommandations du conseil de l'hospitalisation concernant le financement des établissements de santé se fondent sur le rapport d'un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privé. Tout en se déclarant en accord sur le fond avec cet amendement, **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis défavorable à son adoption en raison de son caractère prématuré et de l'imminence d'une initiative gouvernementale dans ce domaine.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à créer un Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. **Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis défavorable à son adoption en raison de son caractère prématuré.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement présenté par **M. Jean-Luc Préel** visant à prendre en compte le montant des charges constatées au premier semestre, au lieu de celui du premier trimestre, pour faire jouer, le cas échéant, la régulation tarifaire en ce qui concerne les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie de certains établissements de santé privés.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a indiqué que la régulation des tarifs doit, si nécessaire, pouvoir jouer assez rapidement dans l'année, d'autant que les données d'activités et financières sont connues avec un certain délai.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a ensuite *rejeté* deux amendements de M. Jean-Luc Préel concernant les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie de certains établissements de santé privés et tendant

respectivement à neutraliser, pour l'appréciation du respect des objectifs fixés préalablement à une éventuelle modification des tarifs, les impacts financiers entraînés par les créations et fermetures d'établissements et à rendre obligatoire la consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés avant de modifier les tarifs en cours d'année.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à préciser que les tarifs des prestations de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et odontologie doivent prendre en compte la complexité et la multiplicité des actes.

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Dominique Tian et M. Jean-Luc Préel, prévoyant une analyse de l'activité médicale avant la modification des tarifs de MCO et des modalités d'application de celle-ci, communes aux établissements publics et privés.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a donné un avis défavorable à l'adoption de ces amendements car les modalités de régulation doivent pouvoir être différenciées selon les évolutions d'activités des secteurs.

La commission a *rejeté* les amendements.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant que la régulation des tarifs de MCO doit se fonder sur un rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à mieux préciser les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation.

M. Jean-Luc Préel a rappelé que la Cour des comptes et la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) avaient appelé à mieux définir les MIGAC et à les intégrer autant que possible dans les tarifs de prestations. **Mme Catherine Génisson** a souligné l'importance des MIGAC et la nécessité de mener un débat sur ce sujet en séance publique. Il est effectivement intéressant d'intégrer, lorsque c'est possible, une partie des missions d'intérêt général dans les tarifs. Il faut toutefois rappeler que, pour une même pathologie, et par comparaison avec les cliniques privées, les établissements du secteur public supportent souvent des prises en charge à caractère social qui augmentent leurs coûts. **Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a indiqué qu'un important travail de remise à plat des MIGAC est en cours et qu'il convenait de laisser le temps de conduire le travail technique sur ce point et de mener les concertations nécessaires.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Dominique Tian, présenté par **M. Bruno Gilles**, prévoyant la création d'un Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée au plus tard à la fin de l'année 2008.

Article 40

Possibilité pour les hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés

Cet article a pour objectif de permettre aux hôpitaux locaux de recruter des médecins salariés sous statut de praticien hospitalier ou recrutés par contrat lorsqu'ils rencontrent des difficultés à organiser les soins de court séjour en ayant recours à des médecins généralistes libéraux.

*

La commission a *adopté* l'article 40 sans modification.

Après l'article 40

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door visant à permettre l'attribution par les collectivités locales d'une indemnité d'étude et de projet professionnel aux étudiants en médecine qui s'installeraient dans des zones déficitaires en offre de soins pendant une période minimale de cinq ans.

Concédant qu'il n'a pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale, **M. Jean-Pierre Door** a *retiré* l'amendement, en jugeant toutefois nécessaire d'apporter une aide aux étudiants après une année d'études, et non seulement lorsque les étudiants atteignent le troisième cycle, car alors il peut sembler trop tard pour les encourager à s'installer dans une zone déficitaire.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Dominique Tian, présenté par **M. Bruno Gilles**, visant à donner compétence aux chambres disciplinaires de l'ordre des médecins pour sanctionner la méconnaissance de l'obligation légale d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles (EPP).

Suivant l'avis défavorable de **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à modifier les conditions de rémunération, de formation et de calcul de l'assiette de la cotisation à la retraite complémentaire des praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel.

Soulignant l'importance de cette question, **M. Jean-Luc Préel** a jugé nécessaire de réparer quatre injustices qui persistent, en dépit des nombreuses promesses faites depuis plusieurs années. Celles-ci concernent les modalités de rémunération des praticiens à temps partiel, la prime d'exercice exclusif dont ces

praticiens ne bénéficient pas, la cotisation pour la retraite complémentaire qui n'est assise que sur les deux tiers de leur salaire, enfin la formation continue à laquelle ils n'ont droit que six jours par an.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a reconnu l'existence d'un problème d'équité. Toutefois, la rémunération des praticiens relève de dispositions réglementaires et le coût de l'amendement serait élevé. Par ailleurs, les bases de cotisation doivent prochainement être révisées par l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC). Enfin, il apparaît nécessaire de veiller à ce que les réformes statutaires soient pleinement concertées avec les professionnels.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian, présenté par **M. Bruno Gilles**, visant à substituer la notion de « mission de service public » à celle de « but d'intérêt général » à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique relatif à la permanence des soins.

M. Bruno Gilles a *retiré* l'amendement, **le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** ayant rappelé qu'un amendement similaire a déjà été adopté par la commission.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Dominique Tian, présenté par **M. Bruno Gilles**, précisant que les médecins libéraux non conventionnés doivent participer également à la permanence des soins.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Dominique Tian, présenté par **M. Bruno Gilles**, ayant pour objet de préciser que les praticiens conseils sont garants de la confidentialité des données médicales détenues par les organismes d'assurance maladie.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, au motif que les praticiens conseils, comme l'ensemble des médecins, sont soumis au respect du secret médical, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné deux amendements identiques, l'un de M. Bruno Gilles et l'autre de M. Claude Evin, visant à permettre aux hôpitaux locaux de développer des services d'hospitalisation à domicile financés par la tarification à l'activité.

Après que le **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a donné son accord sur le principe de cet amendement, mais fait état de problèmes rédactionnels, **M. Bruno Gilles** et **M. Jean-Marie Le Guen** ont *retiré* les amendements.

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian, présenté par **M. Bruno Gilles**, prévoyant la création d'un fonds régional de financement de la permanence des soins.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail s'est opposé à l'amendement, en jugeant préférable d'explorer la piste d'une fusion entre le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) et de présenter éventuellement un amendement dans ce sens ultérieurement.

Mme Catherine Génisson a fait part des inquiétudes qui remontent du terrain à propos de ce qui est perçu comme une centralisation des budgets d'expérimentation. Il est au contraire nécessaire de conserver une gestion régionale de ces budgets.

M. Jean-Pierre Door, faisant état d'un colloque très récent, a observé que la fusion du FAQSV et de la DNDR, qui constituent deux dotations inscrites dans la loi de financement de la sécurité sociale, pourrait, bien au contraire, faciliter l'utilisation de ces crédits au niveau des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

M. Bruno Gilles a *retiré* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse prévoyant le dépôt d'un rapport au Parlement sur la responsabilité civile médicale, dans les six mois suivant la promulgation de la loi de financement.

Mme Jacqueline Fraysse a jugé nécessaire d'informer le Parlement sur la situation exacte des contentieux en matière de responsabilité civile médicale. Quelle est la réalité de l'explosion des dépenses contentieuses qui est présentée comme justifiant l'inflation des primes d'assurance ? La décision de faire financer les deux tiers de ces primes par l'assurance maladie, c'est-à-dire sur fonds publics, justifie d'autant plus cette demande de clarification.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail s'est déclaré défavorable à l'amendement, en estimant que cette question relève pour partie des missions de l'Observatoire des risques médicaux.

Mme Catherine Génisson a toutefois souligné la réalité du problème qui est relevé par l'amendement. On ne peut en particulier qu'être perplexe quant à la prise en charge des primes d'assurance de professionnels libéraux par l'assurance maladie, par ailleurs si frileuse à l'égard de toute perspective de dépenses supplémentaires.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel précisant que le statut du personnel hospitalier prend en compte la pénibilité.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel modifiant les modalités de détermination du *numerus clausus* annuel pour les étudiants en médecine.

M. Jean-Luc Préel a indiqué que l'objectif recherché est celui d'une meilleure association de l'échelon régional.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 41

Conditions d'exercice des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes titulaires d'un diplôme obtenu hors Union européenne

Cet article vise à aménager la procédure d'autorisation d'exercice pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens titulaires de diplômes obtenus hors de l'Union européenne (UE), afin notamment de mieux tenir compte de l'expérience acquise par les praticiens exerçant depuis de nombreuses années dans les établissements de santé français.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse fixant à quatre, et non deux, le nombre maximum de candidatures possibles aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a considéré que, par souci d'équité vis-à-vis des étudiants français en médecine qui sont soumis au *numerus clausus*, il convient d'en rester au texte du projet de loi.

Mme Jacqueline Fraysse a estimé que cette comparaison avec la situation des étudiants de première année est désobligeante pour les praticiens titulaires de diplômes obtenus hors Union européenne (PADHUE).

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen étendant le champ de la dérogation prévue au IV de cet article aux personnes ayant bénéficié d'une formation en France équivalente au cursus du deuxième ou du troisième cycle des études médicales, dont les titulaires de diplômes interuniversitaires de spécialisation (DIS), qui totalisent trois ans de fonctions au-delà de leur formation et justifient d'au moins une fonction rémunérée au cours des deux ans précédant la publication de la loi.

M. Jean-Luc Prél a souligné l'importance de la question traitée par cet article, qui ne permet cependant pas de résoudre définitivement les problèmes actuels. Par ailleurs le choix de régulariser les PADHUE par un examen semble contradictoire avec les dispositions de cet article prévoyant la fixation par arrêté du nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a considéré que cet article permet d'apporter une solution équilibrée et équitable au problème actuel et ne doit donc pas être modifié.

Après avoir reconnu l'avancée que constitue cet article, **Mme Catherine Génisson** a toutefois regretté qu'il ne permette pas de régler la situation d'un certain nombre de praticiens, qui sont au nombre de 300 à 400. Sans doute ces praticiens exercent-ils en principe sous la responsabilité d'un chef de service, mais chacun sait qu'en réalité ils assurent des gardes à part entière et ne pas prendre en compte cette réalité est insultant vis-à-vis de ces praticiens comme de leurs malades.

M. Jean-Marie Le Guen a ajouté que le problème posé par l'amendement est celui des praticiens ayant bénéficié d'une formation française pour une partie de leur cursus médical, en particulier les praticiens ayant obtenu leur diplôme de médecine à l'étranger mais ayant suivi leur cursus de spécialité en France. Or cet article ne permet pas de reconnaître la formation qui leur a ainsi été délivrée par les universités françaises.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a également *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à préciser que les personnes ayant suivi une formation en France équivalente au cursus du deuxième ou troisième cycle des études médicales sont, sous certaines conditions, réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances.

La commission a *adopté* l'article 41 sans modification.

Après l'article 41

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door prévoyant que les contrats d'assurance souscrits par les professionnels de santé afin de les garantir pour leur responsabilité civile peuvent comprendre des plafonds de garantie, au-delà desquels l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) prend en charge l'indemnisation des dommages.

Revenant sur la dérive des primes d'assurance en matière médicale, **M. Jean-Pierre Door** a indiqué que tant la lecture des rapports des inspections

générales des affaires sociales et des finances que les auditions auxquelles il a procédé le conduisent à penser que la réduction de 3 millions à 1,5 million d'euros des plafonds de la garantie pourrait avoir un effet significatif sur les primes d'assurance. En outre, selon l'ONIAM, il y aurait moins de dix « gros sinistres » par an.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a jugé l'amendement intéressant, en s'interrogeant toutefois sur sa recevabilité, et a proposé d'en améliorer la rédaction en précisant notamment que le seuil de 1,5 million d'euros s'applique « *par sinistre* », si telle est l'intention de son auteur.

M. Jean-Pierre Door a répondu que l'ONIAM relève bien du champ des lois de financement de la sécurité sociale, dans la mesure où celles-ci comportent habituellement des dispositions fixant le montant de sa dotation annuelle, même si tel n'est pas le cas cette année compte tenu de sa situation financière.

L'amendement a été *retiré*.

Article 42

Répartition des capacités d'accueil et des crédits des unités de soins de longue durée

Cet article réaménage le calendrier de mise en place de la répartition des places et des crédits des unités de soins de longue durée (USLD) qui devait en principe intervenir avant le 1^{er} janvier 2007. À cette occasion, il clarifie la rédaction du dispositif sans modifier le contenu des procédures administratives prévues par les III et IV de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006. Ce réaménagement permet aux organes délibérants gestionnaires des établissements ayant des USLD de choisir le rythme de mise en place de la réforme en leur sein, avec une échéance en 2010, afin de préserver leur autonomie de gestion et de leur permettre de mener les réorganisations nécessaires dans les meilleures conditions pour les patients et les résidents.

*

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin tendant à substituer à une répartition des capacités d'accueil et des ressources des unités de soins de longue durée (USLD) une fixation des capacités d'accueil et des ressources de ces établissements par arrêté.

Mme Danièle Hoffman-Rispal a indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a prévu de procéder à des coupes transversales dans les USLD. Celles-ci ont été réalisées et il ressort que plus de la moitié des patients relèvent d'une prise en charge médico-sociale. Parallèlement, dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), il y aurait 10 à 15 % des places occupées par des personnes dites « hospitalo-

requérantes ». Or ce taux correspond à un nombre de places supérieur par rapport au nombre de places réaffectées à des besoins médico-sociaux dans les USLD. Des places de prise en charge sociale ou médico-sociale vont donc manquer.

Par ailleurs, la France est confrontée au vieillissement de sa population. Les besoins de places pour personnes âgées sont croissants et la dernière réunion du groupe d'études sur la longévité, présidé par M. Denis Jacquat, a montré les besoins élevés résultant des analyses de l'outil logiciel Pathos. Afin de clarifier la situation des EHPAD, l'amendement propose donc de procéder à une répartition identique à celle décidée pour les USLD.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a fait valoir qu'il n'est pas opportun d'ouvrir dès à présent le chantier de la redistribution des places et des crédits des EHPAD entre les besoins sociaux et médico-sociaux et les soins de longue durée. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 sur laquelle s'appuie le présent article ne l'a pas prévue.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél proposant de procéder à une répartition des capacités d'accueil et des ressources des EHPAD entre les besoins sociaux et médico-sociaux et les besoins de soins de longue durée.

M. Jean-Luc Prél a abondé dans le sens des propos de Mme Danièle Hoffman-Rispal. Trop de personnes âgées sont hébergées en quelque sorte à tort dans des maisons de retraite car leur prise en charge relève d'USLD. C'est pourquoi il faut appliquer la répartition des places et des crédits aux EHPAD.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* un amendement de précision du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail à l'alinéa 6.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Claude Evin réintroduisant un dispositif transitoire aménagé par rapport à celui figurant au IV de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 que le projet de loi supprime.

La commission a *adopté* l'article 42 ainsi modifié.

Article 43

Création de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Cet article remplace le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, institué par l'article 22 de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, par une Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Cette agence est constituée sous le statut de groupement d'intérêt public qui est de nature à garantir son indépendance et la participation de l'ensemble des acteurs de la profession. L'agence sera chargée de valider ou élaborer des procédures, références et recommandations de bonnes pratiques professionnelles d'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Elle devra établir la liste des organismes habilités à procéder à l'évaluation extérieure des activités et de la qualité des prestations de ces établissements et services. Des recettes propres sont définies afin de doter l'agence des moyens financiers nécessaires à l'accomplissement de ses missions.

*

La commission a *adopté* l'article 43 sans modification.

Article 44

Amortissement des investissements immobiliers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Cet article vise à alléger les coûts des investissements immobiliers répercutés sur le tarif hébergement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) : il autorise l'assurance maladie à prendre en charge les intérêts des emprunts contractés pour la réalisation des investissements immobiliers dans les EHPAD.

*

La commission a examiné deux amendements de M. Claude Evin tendant à appliquer les dispositions de l'article 44 aux seuls établissements habilités à l'aide sociale et à faire prendre en charge les amortissements par l'assurance maladie.

Mme Danièle Hoffman-Rispal a jugé que lorsqu'un EHPAD public est créé, il n'est pas normal que, contrairement aux piscines municipales par exemple, l'amortissement de l'infrastructure ne soit pas pris en charge par le budget de la collectivité publique mais répercuté sur le prix de journée au travers du tarif hébergement. Le récent rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale présenté par Mme Paulette Guinchard et adopté à l'unanimité avait demandé l'adoption de cette mesure.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a souligné le caractère réglementaire de la mesure relative à l'amortissement, sur laquelle il est néanmoins d'accord sur le fond. Mais le gouvernement a effectivement prévu de ne plus faire répercuter sur le tarif hébergement les coûts d'amortissement par voie de décret, comme cela est annoncé dans l'exposé des motifs de l'article.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a objecté que la mesure est demandée par tous les députés. Il convient de voter l'amendement afin d'avoir la garantie qu'elle sera inscrite dans les faits.

Contrairement à l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *adopté* les deux amendements.

Elle a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Puis la commission a *adopté* l'article 44 ainsi modifié.

Article 45

Conventions entre les pharmaciens d'officine et les EHPAD ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur – Forfaits soins de ces EHPAD – Accès du médecin coordonnateur des EHPAD au dossier médical personnel des résidents

Cet article propose trois réformes :

– mettre en place des conventions entre les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur et les pharmaciens titulaires d'officine pour la fourniture de médicaments aux résidents de ces établissements ;

– reporter au 1^{er} janvier 2008 la prise en charge, par le forfait soins des EHPAD, des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 fixe cette échéance au 1^{er} janvier 2007 ;

– permettre au médecin coordonnateur des EHPAD d'avoir accès au dossier médical personnel des résidents.

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à favoriser la passation de contrats de fourniture en médicaments avec la pharmacie d'officine de la commune où est implanté l'établissement.

M. Jean-Luc Prél a indiqué que cet amendement permettra l'établissement d'un service de proximité et évitera que des pharmacies ne se spécialisent dans l'approvisionnement des EHPAD.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a fait valoir que l'amendement pourrait poser des difficultés en cas de pluralité d'officines sur la commune ou en cas d'absence d'officine. De plus, l'objectif du projet de loi est de favoriser la mise en concurrence et la recherche du meilleur service.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail à l'alinéa 5.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a présenté un amendement permettant au représentant légal d'une personne âgée de donner son accord afin de permettre au médecin coordonnateur d'avoir accès au dossier médical personnel de cette personne âgée.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a approuvé l'amendement car les établissements peuvent héberger des personnes dans une situation de très grande dépendance, voire d'altération de leurs facultés mentales.

Mme Danièle Hoffman-Rispal a également approuvé l'amendement mais a souligné la surcharge de travail à laquelle sont confrontés les médecins coordonnateurs.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur.

Puis elle a *adopté* l'article 45 ainsi modifié.

Article 46

Gestion des crédits de promotion des actions innovantes et de renforcement de la professionnalisation par la CNSA

Cet article aménage la section IV du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service en faveur des personnes âgées afin d'étendre son périmètre aux actions du même type tournées vers les personnes handicapées. À cette fin, il répartit les charges et les ressources de la section en deux sous-sections distinctes respectivement consacrées aux personnes âgées et aux personnes handicapées, à l'instar des sections I et V qui financent des actions destinées aussi bien aux personnes âgées qu'aux personnes handicapées.

La commission a *adopté* l'article 46 sans modification.

Article additionnel après l'article 46

Revalorisation de la fraction de ressources laissée à la disposition des personnes âgées hébergées bénéficiaires de l'aide sociale

La commission a examiné un amendement de Mme Cécile Gallez portant article additionnel et tendant à porter à 30 % du minimum vieillesse la part des ressources personnelles laissée à la disposition des personnes hébergées dans un établissement pour personnes âgées.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a souligné que l'amendement reprend une demande répétée des députés. Il s'agit d'une question de décence vis-à-vis des personnes âgées hébergées. Le gouvernement doit être alerté sur ce dossier.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *adopté* l'amendement.

Article 47

Exonération du ticket modérateur pour les consultations de prévention destinées aux personnes âgées de plus de soixante-dix ans

Cet article vise à permettre la mise en place d'une consultation gratuite de prévention pour les personnes âgées de plus de soixante-dix ans.

*

La commission a *adopté* l'article 47 sans modification.

Après l'article 47

La commission a examiné cinq amendements de M. Jean-Luc Préel tendant à renforcer la lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, à développer la prévention du cancer colorectal, à mettre en œuvre une politique de prévention et d'éducation pour la santé et à réorienter le système de soins vers la prévention.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a fait observer que le gouvernement a engagé des actions importantes dans le domaine de la lutte contre l'alcoolisme. Plusieurs mesures proposées par M. Jean-Luc Préel relèvent de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). En outre, l'ONDAM est un outil de régulation des dépenses ; sa discussion ne doit pas être l'occasion de dresser l'inventaire des problèmes auxquels est confrontée l'assurance maladie. Certains sujets soulevés relèvent d'ailleurs de la responsabilité du gouvernement et non de l'assurance maladie.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* les cinq amendements.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél portant article additionnel et tendant à mettre en place au niveau national un test de dépistage de l'hémochromatose et à rembourser les saignées.

M. Jean-Luc Prél a indiqué qu'il s'agit de la maladie génétique la plus fréquente en France. Son dépistage est aujourd'hui possible. Parallèlement, les saignées, nécessaires aux malades, doivent être prises en charge par l'assurance maladie.

Mme Catherine Génisson a souligné l'importance de cette question. L'hémochromatose est une maladie très grave et méconnue qui, en outre, n'est pas classée en affection de longue durée. Les patients meurent souvent jeunes. Les saignées ne sont pas prises en charge à 100 % alors qu'elles sont vitales.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, qui a fait valoir qu'en dépit de son importance, le dispositif ne relève pas du domaine de la loi, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél portant article additionnel et tendant à établir des programmes de prévention et de traitement de la dépendance alcoolique.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél portant article additionnel prévoyant d'établir un contrat entre le patient et son médecin, qui définirait les mesures de prévention, d'hygiène de vie et de respect des traitements.

Mme Catherine Génisson a fait observer que cet amendement pose le problème de la reconnaissance de l'activité de prévention en France. A ce jour, cette activité des médecins n'est pas rémunérée. Les actes de prévention ne sont pas reconnus en tant que tels. C'est seulement en cas de pathologie qu'ils peuvent être considérés comme des actes de soins.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a jugé que le dispositif proposé est particulièrement lourd. Le parcours de soins et le dossier médical personnel sont des instruments plus efficaces d'amélioration de la prévention et de la prise en charge des patients.

M. Jean-Luc Prél s'est interrogé sur la date de mise en place du dossier médical personnel. La prévention sanitaire est mal prise en compte en France. Un

contrat entre chaque patient et son médecin traitant permettrait d'établir les bases d'une bonne politique de prévention.

Mme Catherine Génisson a demandé que le dossier médical personnel puisse recevoir une mise en application rapide.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 48

Création de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

Cet article vise à unifier le régime juridique et financier des centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et des centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA), par la création de centres de soins, d'accompagnement et de prévention en alcoologie (CSAPA).

*

La commission a *adopté* l'article 48 sans modification.

Article 49

Missions et montant de la dotation du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

Cet article vise à fixer à 376 millions d'euros pour 2007 le montant de la dotation de l'assurance maladie au Fonds pour modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à préciser certaines de ses missions.

*

La commission a *adopté* l'article 49 sans modification.

Article 50

Fixation pour 2007 du montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et prolongation de sa participation à la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP)

Cet article vise à fixer le montant de la dotation annuelle et du plafond de dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) pour 2007 et à prolonger d'une année supplémentaire certaines de ses missions.

*

La commission a *adopté* l'article 50 sans modification.

Article 51

Création d'un Fonds de prévention des risques sanitaires (FPRS)

Cet article propose de modifier les modalités de financement des dépenses de prévention des risques sanitaires exceptionnels, par la création d'un établissement public, dénommé « Fonds de prévention des risques sanitaires ».

*

La commission a *adopté* l'article 51 sans modification.

Article 52

Objectifs de dépenses de la branche maladie pour 2007

Cet article a pour objet de fixer, pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès, les montants des objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, ceux du régime général pour l'année 2007.

*

La commission a *adopté* l'article 52 sans modification.

Article additionnel après l'article 52

Présentation en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 de la ventilation du sous-objectif relatif aux dépenses de soins de ville

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian prévoyant que soit annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 une ventilation des évolutions des différents postes de dépenses de soins de ville.

M. Bruno Gilles a indiqué que cet amendement traduit en actes la déclaration du ministre de la santé et des solidarités devant la Commission des comptes de la sécurité sociale, lors de sa réunion de septembre 2006, selon laquelle la progression des honoraires de médecine de ville se situerait entre 3,5 et 4 %. Il importe que le Parlement puisse veiller à la réalisation de cette prévision.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *adopté* l'amendement.

Article 53

Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2007

Cet article vise à 144,6 milliards pour 2007 le montant de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et à préciser sa ventilation entre les six sous-objectifs.

*

La commission a examiné deux amendements de suppression de l'article de M. Jean-Luc Prével et Mme Jacqueline Fraysse.

M. Jean-Luc Prével a souligné la nécessité de mettre un terme au cloisonnement entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social, mais aussi entre les soins et la prévention, cloisonnement que reflètent les différents sous-objectifs de l'ONDAM. Il serait plus pertinent de voter des sous-objectifs régionaux de dépenses.

Rappelant que l'ONDAM est d'abord un outil de régulation des dépenses, **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, s'est déclaré défavorable à l'amendement.

Mme Jacqueline Fraysse a estimé cependant que le montant de l'ONDAM proposé pour 2007 sous-évalue considérablement les besoins de financement du système de santé, s'agissant notamment des établissements de santé et de la médecine de ville.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a examiné en discussion commune deux amendements du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail et de M. Jean-Pierre Door visant à augmenter le montant du sous-objectif consacré aux dépenses de soins de ville.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a tout d'abord rappelé que, compte tenu du vieillissement de la population, les besoins de soins ambulatoires et de prise en charge des personnes âgées sont en forte progression. Pour relever ce défi, le gouvernement a clairement fait du maintien à domicile, alternative à l'hospitalisation, une priorité. Le plan solidarité grand âge annoncé en juin dernier a confirmé cette orientation.

Dans ce contexte, il importe de donner aux professionnels de santé qui interviennent en ambulatoire et à domicile, au premier rang desquels les infirmiers, toute leur place dans notre système de soins. Cela passe notamment par une revalorisation des honoraires des infirmiers, comme l'a clairement indiqué le ministre de la santé et des solidarités, M. Xavier Bertrand, lors de son audition par la commission le 11 octobre dernier.

De façon générale, il convient de rappeler que les professionnels de santé se sont engagés avec détermination dans la mise en œuvre de la réforme d'assurance-maladie de 2004 qui s'articule autour de deux grands axes : la maîtrise médicalisée des dépenses et le changement des comportements des acteurs de santé. Si de premiers résultats ont été obtenus, les efforts de maîtrise médicalisée doivent être soutenus et amplifiés.

L'ONDAM soins de ville, tel qu'il est aujourd'hui fixé à 66,5 milliards d'euros, en hausse de 0,8 %, permettrait difficilement de répondre à ces besoins, notamment en matière de maintien à domicile. Aussi, il est proposé, par cet amendement, de porter le sous-objectif des soins de ville à 66,8 milliards d'euros pour 2007, soit une progression de 1,2 %, en compensant l'augmentation des charges ainsi créées pour les régimes de sécurité sociale par l'affectation à l'assurance maladie d'une partie des droits mentionnés à l'article 575 du code général des impôts d'un montant équivalent, soit 300 millions d'euros.

Mme Catherine Génisson a interrogé le rapporteur sur le point de savoir si l'amendement serait repris par le gouvernement et, le cas échéant, si la rédaction de l'exposé des motifs serait maintenue. En effet, si l'augmentation de l'ONDAM de ville poursuit bien les objectifs énoncés dans l'exposé des motifs, l'amendement peut sembler intéressant. En revanche, si le but est d'augmenter de manière déguisée les honoraires des médecins généralistes, en l'absence de toute contrepartie, il deviendrait très discutable.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a répondu que l'amendement vise notamment à améliorer les modalités de prise en charge des produits médicaux pour certaines personnes atteintes d'une affection de longue durée ou, par exemple, à renforcer les dispositifs d'aides prévus dans les zones déficitaires en offre de soins.

M. Jean-Pierre Door a indiqué que son amendement poursuit le même objectif, en proposant simplement de porter l'ONDAM soins de ville à 66,7 milliards d'euros. Pour la première fois, l'ONDAM a été respecté cette année, alors même que son taux d'évolution voté par le Parlement était très faible par rapport aux années précédentes : moins de 2 %, alors qu'il atteignait auparavant entre 7 à 8 %. Cette réussite tient pour l'essentiel à la réussite de la réforme de l'assurance maladie. Il convient donc de pérenniser cette dynamique fondée sur la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, et de soutenir en particulier les alternatives à l'hospitalisation. De ce point de vue, une évolution du sous-objectif consacré aux dépenses de soins de ville de 0,8 % apparaît trop restrictive.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que l'amendement de suppression de l'article qui a été examiné précédemment par la commission, visait précisément à souligner l'insuffisance des montants de l'ONDAM et des sous-objectifs proposés pour 2007. De ce point de vue, si les amendements du rapporteur et de M. Jean-Pierre Door peuvent sembler intéressants, encore faut-il que

l'augmentation des crédits en direction des soins de ville ne se fasse pas au détriment des sous-objectifs relatifs aux dépenses des établissements de santé.

Mme Catherine Génisson a estimé que le respect de l'objectif de dépenses fixé pour 2006 s'est très largement fait au détriment de l'hôpital qui a dû accueillir de nombreux patients non traités par les médecins libéraux. L'augmentation de l'ONDAM soins de ville n'a donc de sens que si les médecins libéraux s'engagent sur la question de la permanence des soins.

M. Denis Jacquat a déclaré partager les propos tenus par le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail et par M. Jean-Pierre Door.

La commission a ensuite *adopté* l'amendement du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, cosigné par M. Jean-Pierre Door. En conséquence, l'amendement de M. Jean-Pierre Door est *devenu sans objet*.

La commission a *adopté* l'article 53 ainsi modifié.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Avant l'article 54

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen tendant à ce que le montant d'une pension de vieillesse soit au moins égal au montant de la pension d'invalidité à laquelle elle se substitue.

Mme Danielle Hoffman-Rispa a déclaré qu'arrivés à l'âge de soixante ans, de nombreuses personnes invalides voient leur revenu chuter brutalement en raison des nouveaux modes de calcul résultant de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Ces personnes sont doublement pénalisées. Après avoir subi une diminution importante de leurs revenus au moment du passage de leur activité salariée à leur situation d'invalidité, elles voient leurs ressources diminuées jusqu'à 60 % à l'âge de soixante ans. L'amendement vise donc à garantir au titulaire d'une pension d'invalidité une pension de retraite d'un montant au moins identique à celle-ci.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a indiqué que l'amendement soulève une réelle question. La chute des revenus des titulaires de pension d'invalidité à l'âge de la retraite est très importante. La situation est encore plus difficile pour les invalides de troisième catégorie. Toutefois, un tel amendement crée des charges nouvelles pour les caisses de retraite. En conséquence, le rapporteur ne peut que donner un avis défavorable mais le gouvernement doit être interpellé sur ce point afin qu'une solution soit trouvée.

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

Article 54

Assouplissement des règles de cumul emploi-retraite

Cet article contient deux mesures tendant à accroître les possibilités pour les seniors de poursuivre leur activité professionnelle tout en bénéficiant d'une liquidation de leurs droits à pension de retraite : la première facilite le cumul d'un emploi rémunéré et d'une pension de retraite pour les bas salaires ; la seconde facilite les activités de tutorat par les anciens salariés retraités.

*

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

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que cet amendement ne témoigne pas d'une opposition de principe au dispositif du tutorat. Celui-ci, conformément aux propositions formulées par les partenaires sociaux, doit être intégré à l'approche de la fin de carrière des salariés avant l'ouverture de leurs droits à pension de retraite. De cette manière, il permettrait d'assurer un véritable accompagnement dans la formation des salariés plus jeunes.

Le rapporteur pour l'assurance vieillesse a indiqué que cet amendement entraîne la suppression du dispositif de relèvement du plafond de cumul des revenus d'activité professionnelle et de pensions de retraite à 1,6 SMIC, alors que cette mesure est destinée aux salaires les plus bas. Par ailleurs, il convient de favoriser la poursuite de l'activité professionnelle des seniors qui le souhaitent.

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

La commission a ensuite examiné cinq amendements de M. Dominique Tian ayant pour objet de permettre la mise en œuvre du tutorat au moyen de contrats de travail temporaire.

Le rapporteur pour l'assurance vieillesse a estimé que ces amendements sont inappropriés dans la mesure où les contrats de travail temporaire ne peuvent être reconduits qu'une fois pour une durée totale n'excédant pas dix-huit mois et où un délai de carence s'applique entre deux missions d'intérim. Le travail intérimaire paraît correspondre à une situation peu compatible avec les ambitions du dispositif de tutorat.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance vieillesse**, la commission a *rejeté* les cinq amendements.

Puis la commission a *adopté* l'article 54 sans modification.

Après l'article 54

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à améliorer le régime de retraite des titulaires d'une pension d'invalidité,

Mme Jacqueline Fraysse a estimé que ces personnes sont aujourd'hui victimes d'une « double peine ». En effet, elles sont pénalisées à la fois au moment de l'attribution d'une pension d'invalidité puis lors du versement de leur pension de retraite.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a indiqué que comme pour l'amendement de M. Jean-Marie Le Guen avant l'article 54, on ne peut que souscrire à l'objectif poursuivi par l'amendement. Contrairement au précédent qui créait des charges pour les caisses de retraite, celui-ci crée une charge pour le Fonds de solidarité vieillesse. Eu égard à ce problème de financement, le rapporteur ne peut que donner un avis défavorable à l'adoption de l'amendement.

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

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse destiné à ouvrir le versement de la pension de réversion au partenaire survivant d'un pacte civil de solidarité.

Le rapporteur pour l'assurance vieillesse a salué cet amendement, qui pose une vraie question, non examinée en son temps. Il serait important de connaître l'avis du gouvernement. Indéniablement, l'adoption d'un tel dispositif crée cependant une charge. En tout état de cause, il faut remarquer que si cette mesure était adoptée, dans un souci d'équité, il faudrait prévoir la même disposition au bénéfice des conjoints pacsés des agents relevant du statut des trois fonctions publiques puisque l'amendement ne concerne que les conjoints d'assurés du régime général et des régimes alignés.

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

Article 55

**Extinction de la faculté conventionnelle de mise à la retraite d'office
avant soixante-cinq ans**

Afin de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés âgés, conformément aux orientations contenues dans le plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors présenté par le gouvernement le 6 juin 2006, cet article aménage le cadre légal résultant de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites qui permet de conclure des accords collectifs de branche autorisant les employeurs à décider unilatéralement du départ en retraite – c'est-à-dire d'une mise en retraite – de leurs salariés âgés de 60 à 65 ans. Il supprime la possibilité de

conclure de tels accords de branche à compter du 1^{er} janvier 2007 et met un terme à compter du 1^{er} janvier 2010 aux dispositions des accords collectifs permettant aux employeurs de mettre en retraite avant 65 ans leurs salariés.

*

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

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que son amendement est destiné à laisser ouverte la possibilité pour les branches de conclure des accords abaissant en dessous de soixante-cinq ans l'âge à partir duquel les employeurs peuvent mettre d'office à la retraite leurs salariés. Ces accords sont bons car trop de jeunes sont aujourd'hui à la recherche d'un emploi.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a fait observer que le remplacement d'un senior partant à la retraite par un jeune est loin d'être systématique dans les entreprises. Par ailleurs, il est essentiel que les seniors soient présents dans l'entreprise afin d'assurer la transmission de leur expérience.

Mme Catherine Génisson, tout en exprimant son accord avec la proposition d'amendement de Mme Jacqueline Fraysse, a insisté sur le souci légitime de transmission par les seniors de leur expérience, trop d'exemples de plans sociaux montrant aujourd'hui la multiplication des abus en matière de mise à la retraite avant l'âge limite, en particulier dans les grands groupes.

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

La commission a *adopté* l'article 55 sans modification.

Après l'article 55

La commission a examiné un amendement de M. Dominique Tian, défendu par **M. Bruno Gilles**, tendant à créer un nouveau mode de départ en retraite, reposant sur le double volontariat de l'employeur et du salarié, dont le traitement au plan fiscal et au titre des cotisations et contributions sociales serait identique à celui applicable à la mise à la retraite.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a salué une rédaction habile permettant de maintenir les avantages fiscaux et sociaux des mises à la retraite d'office, mais a dénoncé l'esprit de cet amendement qui vient *a contrario* de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites qui tend à prolonger l'activité des seniors.

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

Article 56

Sécurisation des conditions d'ouverture des droits à pension de retraite

Cet article tend à répondre à l'inquiétude des assurés qui sont proches de l'âge de la retraite face à l'évolution à venir des conditions d'ouverture des droits à pension de retraite et qui souhaitent poursuivre leur activité professionnelle au-delà de soixante ans et tirer ainsi avantage des dispositifs mis en place par la loi du 21 août 2003. Il permet d'appliquer aux futures demandes de liquidation de pension des assurés ayant atteint l'âge légal de départ en retraite, les modalités de détermination de la durée d'assurance maximale de proratisation et du nombre d'années sur lesquelles est calculé le salaire annuel moyen qui seront en vigueur à la date à laquelle ils auront atteint l'âge de soixante ans.

*

La commission a *adopté* l'article 56 sans modification.

Article additionnel après l'article 56

Suppression des conditions de ressources pour le versement des pensions de réversion

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel destiné à assurer le versement des pensions de réversion aux conjoints survivants sans conditions de ressources.

M. Jean-Luc Préel a souligné que son amendement, ainsi que les suivants qui portent sur des thèmes proches, résulte notamment des discussions qui ont eu lieu dans le cadre du groupe d'études sur les conjoints survivants qu'il préside. Il est important de prévoir que les droits indirects à pension des conjoints survivants soient fixés en fonction d'un taux proportionnel aux versements mensuels correspondant aux cotisations de retraite acquittées par le conjoint décédé.

Après avoir salué les travaux du groupe d'études sur les conjoints survivants dont il est membre, **M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, s'est déclaré défavorable à l'adoption de l'amendement. Il est important de tenir compte des éléments conjoncturels. La question soulevée relève plutôt de celles examinées en début de législature car c'est une question essentielle qui remet en cause les fondements mêmes de la réversion des pensions. Il est indispensable de défendre les droits des conjoints survivants. Il faut inviter les partis politiques à aborder cette discussion dans le cadre de la campagne pour l'élection présidentielle à venir. En l'espèce, le dispositif proposé entraînerait la création de charges conséquentes et risquerait d'être considéré comme non conforme aux dispositions de l'article 40 de la Constitution.

Le rapporteur pour l'assurance vieillesse a également indiqué avoir précisément choisi cette année d'étudier dans son rapport le thème du veuvage.

L'analyse de la situation des veuves et veufs français montre qu'il convient, en priorité, d'adopter des mesures en faveur des jeunes veuves.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 56

Liquidation de la pension de réversion au moment du décès et prise en compte des conditions de ressources au moment du veuvage

Contrairement à l'avis défavorable du **le rapporteur pour l'assurance vieillesse**, qui a toutefois indiqué que cet amendement s'inscrit dans la logique des deux amendements précédemment adoptés par la commission sur le même sujet, la commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Luc Prélé prévoyant de liquider la pension de réversion au moment du décès et de prendre en compte des conditions de ressources au moment du veuvage.

Après l'article 56

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prélé prévoyant que la pension de réversion doit être au minimum équivalente au montant de l'assurance veuvage.

M. Jean-Luc Prélé a cité l'exemple d'une jeune veuve ayant épousé un homme de son âge qui a peu cotisé : cette jeune veuve ne peut pas, de ce fait, tirer bénéfice de son droit à pension. C'est pourquoi il est préférable d'accorder une pension d'un montant au moins équivalent à celui donné par l'assurance veuvage.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a objecté qu'une telle mesure doit être examinée dans le cadre d'un projet plus global entièrement consacré à ces questions. En outre, l'allocation accordée au titre de l'assurance veuvage est supprimée au bout de deux ans : le dispositif proposé, compte tenu de sa rédaction, ne serait dès lors plus applicable puisque le niveau des droits accordés par l'assurance veuvage tombe à zéro euro au bout de deux ans. Enfin, l'amendement pose un problème de recevabilité financière. Il n'en soulève pas moins une réelle question.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a apporté son soutien à cette initiative qui est à même de réparer ce qui a été cassé en 2003 avec la loi portant réforme des retraites.

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

Article additionnel après l'article 56

Assimilation de la pension de réversion à un droit acquis par les cotisations du conjoint décédé

Par cohérence avec l'adoption des amendements précédents portant sur le même sujet et contrairement à l'avis défavorable de **M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, la commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Luc Préel portant article additionnel et assimilant la pension de réversion à un droit acquis par les cotisations du conjoint décédé.

Sur la suggestion de **M. Bernard Perrut, président**, **M. Jean-Luc Préel** a *retiré* un amendement déclaratif, indiquant qu'une nouvelle politique en faveur des personnes âgées doit être promue ayant pour objectif de conforter la retraite par répartition, d'aller vers l'autonomie des caisses et d'évoluer vers une retraite par points.

Article 57

Affiliation des moniteurs de ski à l'assurance vieillesse obligatoire des professions libérales

Cet article assure l'affiliation des moniteurs de ski auprès du régime de retraite de base géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et du régime de retraite complémentaire géré par la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) qui est une des onze sections professionnelles de la CNAVPL.

*

La commission a *adopté* trois amendements rédactionnels et de précision du rapporteur pour l'assurance vieillesse.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur pour l'assurance vieillesse clarifiant l'articulation entre l'attribution de points de retraite des moniteurs de ski au titre du régime de base et au titre du régime complémentaire des professions libérales.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur pour l'assurance vieillesse visant à circonscrire aux moniteurs de ski âgés de cinquante-huit à soixante et un ans en 2007 le régime de retraite transitoire permettant de servir aux moniteurs proches de l'âge de la retraite des prestations spécifiques résultant d'un contrat d'assurance souscrit par leur syndicat professionnel.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur pour l'assurance vieillesse visant à préciser qu'un moniteur de ski ne peut en aucun cas cumuler une prestation vieillesse servie par le contrat d'assurance souscrit par le Syndicat national des moniteurs de ski français auprès d'un assureur habilité et une pension de retraite servie par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions

libérales (pour le régime de base) ou la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (pour le régime complémentaire).

Puis la commission a *adopté* un amendement de précision du rapporteur pour l'assurance vieillesse.

La commission a examiné un amendement de M. Vincent Rolland prévoyant que les droits acquis par tous les moniteurs de ski ayant cotisé à leur dispositif professionnel sont repris par les caisses d'accueil de retraite des professions libérales et pourront être liquidés sur la base de leurs valeurs actuelles indexées sans abattement à soixante et un ans.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur pour l'assurance vieillesse** qui a relevé la charge supplémentaire qu'engendrerait pour les caisses de retraite des professions libérales un tel dispositif, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 57 ainsi modifié.

Article 58

Participation des employeurs à la constitution des droits à retraite des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires

Cet article impose aux employeurs des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires de verser une cotisation de retraite, qualifiée de « participation », assise sur la rémunération hospitalière de ces personnels qui ne fait l'objet d'aucune retenue pour pension de retraite, au système d'assurance supplémentaire choisi par ces fonctionnaires pour se constituer des droits à pension sur cette fraction de revenu. Cette participation sera égale à la cotisation versée par le praticien hospitalier dans des limites et selon des conditions fixées par décret.

Ce dispositif est transitoire, dans l'attente d'une réforme de l'IRCANTEC.

*

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur pour l'assurance vieillesse permettant au gouvernement de prendre en compte, par des mesures transitoires, la situation particulière des professeurs d'université – praticiens hospitaliers âgés d'au moins cinquante-cinq ans en 2007.

La commission a enfin examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél prévoyant que les praticiens hospitaliers exerçant à temps partiel bénéficient du régime de retraite géré par l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques (IRCANTEC) et leur permettant de cotiser sur la totalité des émoluments bruts correspondant à leur échelon.

Suivant l'avis défavorable de **M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, qui a souligné l'accroissement de charges publiques qui résulterait de l'adoption d'un tel dispositif, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 58 ainsi modifié.

Article 59

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2007

Cet article fixe à 170,5 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche vieillesse (qui inclut les dépenses d'invalidité au-delà de 60 ans) pour l'année 2007 et à 88,9 milliards d'euros le sous-objectif de dépenses du régime général de la sécurité sociale pour 2007.

*

La commission a *adopté* l'article 59 sans modification.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accident du travail et maladies professionnelles

Article 60

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

L'article 60 porte pour l'année 2007 à 800 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et à 315 millions d'euros celle au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

*

La commission a examiné un amendement de M. Bruno Gilles visant à réduire à 700 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis défavorable à l'adoption de cet amendement en rappelant que M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a demandé aux partenaires sociaux de conduire une négociation sur la réforme des fonds destinés à indemniser les victimes de l'amiante et qu'il convient donc de laisser la négociation collective aller à son terme.

M. Bruno Gilles a *retiré* l'amendement.

M. Bruno Gilles a ensuite *retiré* un amendement modifiant la clé de répartition entre l'État et les entreprises dans le financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

La commission a *adopté* l'article 60 sans modification.

Après l'article 60

La commission a examiné un amendement de M. Patrick Roy.

Mme Catherine Génisson a indiqué que le groupe socialiste avait déposé une série d'amendements relatifs à l'indemnisation des travailleurs victimes de l'amiante. Le premier de ces amendements étend aux ayants droit des bénéficiaires d'une allocation de cessation anticipée le versement du capital décès. Tout en reconnaissant l'acuité de cette question, **M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a donné un avis défavorable, compte tenu des négociations qui doivent s'ouvrir à ce sujet.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel visant à compenser la baisse de revenus pour les travailleurs en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) qui perçoivent l'allocation adulte handicapé sous conditions de ressources. Après avoir souligné qu'une telle mesure relève de la loi de finances, **le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a donné un avis défavorable à cet amendement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Patrick Roy, présenté par **Mme Catherine Génisson**, tendant, d'une part, à élargir l'accès au dispositif de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs ayant été exposés à l'amiante aux établissements où a lieu une manipulation ou une transformation de l'amiante et, d'autre part, à préciser que la liste des établissements n'est qu'indicative. **Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a donné un avis défavorable à l'adoption de cet amendement car il est nécessaire de disposer de critères objectifs pour identifier les salariés susceptibles de bénéficier de la cessation anticipée d'activité du fait de leur exposition à l'amiante au cours de périodes d'activité dans des établissements précisément définis.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a également *rejeté* deux amendements de M. Patrick Roy, présentés par **Mme Catherine Génisson**, tendant respectivement à fixer à trente ans le délai de prescription des demandes d'indemnisation et à permettre la prise

en compte de toutes les années de travail ouvrant des droits à l'ACAATA, quel que soit le régime de couverture sociale du travailleur de l'amiante.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à supprimer la référence à un seuil de gravité pour permettre la reconnaissance de pathologies d'origine professionnelle.

Mme Jacqueline Fraysse a souligné le caractère arbitraire d'un tel seuil et le caractère suffisant de l'existence d'un lien.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a donné un avis défavorable à cet amendement car la reconnaissance d'une pathologie professionnelle est liée à son degré de gravité, la suppression de tout seuil de gravité rendant plus difficile la preuve de l'origine professionnelle de la pathologie.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse étendant aux personnels sous-traitants, intérimaires ou en régie exposés à l'amiante le bénéfice de l'ACAATA.

Rappelant qu'une négociation collective doit s'engager autour de ces questions, **le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a donné un avis défavorable à l'adoption de cet amendement, tout en reconnaissant que le problème posé par l'amendement était tout à fait réel.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à rendre indicative la liste des établissements ouvrant droit au bénéfice de l'ACAATA.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse proposant de revoir le mode de calcul de l'ACAATA pour garantir à chacun un montant mensuel d'allocation supérieur à 85 % du salaire de référence.

Mme Jacqueline Fraysse a souligné qu'il s'agit là d'une question de survie pour nombre de salariés victimes de l'amiante.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 61

Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Cet article a pour objet de fixer à 410 millions d'euros pour l'année 2007 le montant du reversement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) vers la branche maladie du régime général qui compense les dépenses indûment supportées par la branche maladie du fait de la sous-déclaration et donc de la non-prise en charge par la branche AT-MP des maladies professionnelles et des accidents du travail.

*

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin.

Mme Catherine Génisson a rappelé l'ampleur des sous-déclarations en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le montant de cette sous-déclaration a été estimé à 750 millions d'euros dans le rapport pour l'année 2005 de la commission d'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail – maladies professionnelles. Cet amendement a pour objet de rétablir à sa vraie valeur le transfert au profit de l'assurance maladie.

M. Jean-Marie Rolland, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que le rapport de la commission présidée par M. Noël Diricq fait état d'une fourchette comprise entre 350 et 750 millions d'euros pour le montant de la sous-déclaration des accidents du travail. Il a donné un avis défavorable à l'adoption de cet amendement qui aboutirait à aggraver le déficit de la branche accidents du travail.

Mme Catherine Génisson a indiqué qu'il s'agit là d'une question de principe et que le Parlement doit donner un signal fort de nature à mettre un terme à cette sous-déclaration.

Rappelant que la branche accidents du travail doit être en équilibre en vertu de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale, **le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a renouvelé son avis défavorable.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Bruno Gilles visant, quant à lui, à réduire à 330 millions le transfert de la branche accidents du travail vers la branche maladie, au titre de l'article L.176-1 du code de la sécurité sociale.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 61 sans modification.

Article 62

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2007

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail pour 2007 à 11,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à 10,2 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

*

La commission a *adopté* l'article 62 sans modification.

Après l'article 62

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel obligeant les structures publiques qui ne respectent pas le quota de 6 % d'emplois de travailleurs handicapés à réserver une partie de leurs marchés publics à des structures de travail protégé.

M. Jean-Luc Préel a souligné l'importance d'élargir l'accès privilégié aux marchés publics de ces structures.

M. Gérard Cherpion a relevé l'intérêt que pourrait revêtir un tel dispositif en matière de compensation pour les personnes handicapées de la fonction publique mais a souligné son incompatibilité avec le code des marchés publics.

Tout en reconnaissant l'intérêt de cette mesure, **le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail** a donné un avis défavorable à l'adoption de cet amendement en raison des difficultés pour le mettre en œuvre, rien n'étant précisé sur la quote-part des marchés publics ainsi réservés.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à réduire les disparités de statut entre personnes invalides bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du Fonds spécial d'invalidité et personnes handicapées percevant l'allocation d'adulte handicapé (AAH), qui ont été aggravées par la loi du 11 février 2005 sur le handicap.

Mme Catherine Génisson a indiqué qu'il est nécessaire d'aboutir à une harmonisation des conditions d'attribution de ces deux prestations.

Le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a donné un avis défavorable à cet amendement en soulignant le coût important d'une telle mesure.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* cinq amendements de M. Jean-Marie Le Guen présentés par **Mme Catherine Génisson** tendant respectivement à :

- abandonner la récupération sur succession pour l'allocation supplémentaire d'invalidité ;
- modifier les modalités de revalorisation de l'allocation ;
- permettre aux titulaires de l'allocation de bénéficier du dispositif de garanties de ressources pour les personnes handicapées, du complément de ressources visé à l'article L. 821-1-1 du code de la sécurité sociale et du dispositif de majoration pour la vie autonome.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 63

Attribution du complément de libre choix du mode de garde de la PAJE aux familles ayant recours à des établissements d'accueil expérimentaux

Cet article vise à étendre le bénéfice de l'allocation dite de complément de libre choix du mode de garde, qui est une composante de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) aux familles qui ont recours à des modes de garde expérimentaux, intermédiaires entre les équipements d'accueil collectifs et les modes de garde individuels, que sont le recours à un assistant maternel agréé ou à un salarié travaillant au domicile des parents.

*

La commission a *adopté* l'article 63 sans modification.

Article 64

Report de la date de versement de l'allocation de base de la PAJE

Pour des raisons d'économie de gestion, cet article vise à reporter le versement de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) au premier jour du mois suivant la naissance de l'enfant, alors qu'actuellement elle est versée au début du mois de naissance (le montant mensuel de la prestation n'est pas proratisé selon la date de la naissance de l'enfant).

*

La commission a examiné deux amendements de suppression de l'article présentés par Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, et M. Dominique Tian, présenté par **M. Bruno Gilles**.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a souligné qu'une fois de plus le gouvernement modifiait les règles d'attribution de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, le bénéfice de la PAJE a été supprimé pour les enfants nés de 2001 à 2003 et aujourd'hui il s'agit de retarder d'un mois le versement de l'allocation de base de la PAJE. Cette mesure est tout à fait injuste quand on connaît les frais importants liés à la naissance d'un enfant.

Mme Catherine Génisson a souligné l'absence de justification d'une telle mesure qui conduit à remettre en cause la pertinence même du dispositif.

M. Bruno Gilles a fait état de son accord avec les propos tenus par Mme Marie-Françoise Clergeau et Mme Catherine Génisson. Il semble paradoxal en effet de reporter à un mois après la naissance le versement d'une prestation dont l'objet est de compenser les coûts occasionnés par la naissance d'un enfant !

Mme Jacqueline Fraysse a relevé le caractère mesquin de cette mesure qui ne représente pas en effet une somme très importante pour les finances sociales.

La commission a *adopté* l'amendement.

Elle a donc *supprimé* l'article 64.

Article 65

Possibilité de partage des allocations familiales entre les parents séparés en cas de garde alternée des enfants

Cet article vise à permettre aux parents séparés de partager le droit aux allocations familiales lorsque les enfants dont ils ont la charge vivent sous le régime de la garde alternée tel qu'il est prévu par l'article 373-2-9 du code civil.

*

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à préciser les conditions du partage des allocations familiales en cas de garde alternée, afin que l'article s'applique exclusivement aux enfants nés d'une même union.

Mme Jacqueline Fraysse, après avoir estimé que l'article 65 est une disposition utile, a jugé qu'il occasionnerait cependant des difficultés de mise en œuvre. À ce sujet, il serait intéressant de savoir si les CAF disposeront de moyens supplémentaires pour gérer des dossiers complexes. L'amendement propose de

clarifier l'application du dispositif afin que le partage des allocations familiales soit limité aux cas de garde alternée d'enfants d'une même union.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, s'est déclarée plutôt en accord avec le souci exprimé par l'auteur de l'amendement. Cependant, le ministre chargé de la famille vient de mettre en place un groupe de travail destiné à déterminer la marche à suivre pour l'application de ce dispositif, compte tenu de la complexité de certaines situations familiales. Dans ce contexte, il paraît donc prématuré d'adopter aujourd'hui un amendement visant le cas particulier du partage des allocations familiales limité à l'hypothèse d'une garde alternée d'enfants d'une même union, alors que la question du calcul des droits aux allocations familiales pour les conjoints ayant à la fois des enfants en garde alternée et des enfants à charge du fait d'une nouvelle union est beaucoup plus délicate. Lors de la séance publique, le ministre sera interrogé sur la mission de ce groupe de travail et sur l'avancée de ses travaux.

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

La commission a *adopté* l'article 65 sans modification.

Article 66

Création du congé de soutien familial

Cet article introduit dans le code du travail le congé de soutien familial dont l'objet est de permettre à toute personne de cesser son activité professionnelle pour s'occuper d'un des membres de sa famille devenu dépendant ou gravement handicapé.

Ce congé non rémunéré offre un cadre protecteur aux salariés qui cessent ou réduisent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un membre de leur famille en situation de dépendance car ils sont assurés de retrouver leur emploi à l'issue de leur congé. Durant cette période, ils pourront acquérir une validation de leurs droits à retraite qui sera financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ou par la CNAF.

*

La commission a *adopté* l'article 66 sans modification.

Article 67

Création d'un prêt à taux zéro pour les jeunes qui entrent dans la vie active

Partant du constat que certains jeunes ont de graves difficultés financières pour faire face à la période de transition entre la période de vie étudiante et le début de la vie professionnelle, le gouvernement a décidé de créer un prêt à taux zéro pour aider à financer des dépenses nécessaires lors de l'entrée dans la vie active, comme par exemple l'achat d'un moyen de locomotion ou l'acquisition d'équipement professionnel.

Ces prêts recevront la garantie de l'Etat par l'intermédiaire du Fonds de cohésion sociale et le coût de la bonification des intérêts sera assumé par la CNAF. Ils seront accordés sous condition de ressources aux jeunes de 18 à 25 ans qui sont en voie d'insertion professionnelle et leur montant maximum devrait être de 5 000 euros remboursables sur une durée de cinq ans.

*

La commission a *adopté* l'article 67 sans modification.

Article additionnel après l'article 67

Elargissement du bénéficiaire du congé de paternité par la création du « congé d'accueil à l'enfant »

La commission a examiné un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, visant à créer « un congé d'accueil à l'enfant » dont l'objet est de permettre au père ou à la personne qui partage la vie de la mère de l'enfant de disposer du temps nécessaire pour être aux côtés de l'enfant dans les premiers jours de sa vie.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a estimé que la réforme du congé de paternité permet de mettre fin à une incohérence du droit social qui, selon les cas, prend en compte ou non l'existence de couples homosexuels : ainsi une femme homosexuelle peut bénéficier d'un congé parental, alors que sa compagne ne peut bénéficier du congé de paternité du fait de la référence explicite au « père » dans l'article du code de la sécurité sociale.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 67

Modalités de versement des aides personnelles au logement

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Perrut visant à ce que les allocations de logement, versées mensuellement, ne soient pas versées lorsque leur montant mensuel est inférieur à un seuil fixé par décret. Dans ce cas,

ce montant s'ajoute à celui dû au titre des versements suivants et l'allocation est versée par semestre échu.

M. Bernard Perrut, président, a rappelé que le Médiateur de la République a jugé que la situation actuelle est un véritable déni de droit. L'amendement propose de reporter le versement des aides non versées en raison de leur faible montant afin d'éviter que certaines personnes aux ressources modestes soient privées d'une somme de 288 euros par an.

M. Denis Jacquat a souligné que cette situation inadmissible avait été relevée sur tous les bancs de l'Assemblée nationale.

M. Bernard Perrut, président, s'est réjoui que son amendement suscite l'unanimité des commissaires.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a émis un avis favorable tout en relevant que c'est le gouvernement qui, il y a deux ans, a modifié les modalités de versement des allocations logement et de l'aide personnalisée au logement.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 67

Conditions d'attribution de l'allocation de logement dans le cas où l'un au moins des membres d'un couple est hébergé en établissement

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Perrut visant à ce que lorsque l'un au moins des membres d'un couple est hébergé en établissement, les droits de chaque membre à l'allocation de logement soient calculés séparément.

M. Bernard Perrut a indiqué que l'amendement tend à attribuer l'allocation de logement à chacun des membres d'un couple résidant en maison de retraite ou vivant dans des établissements ou logements différents. Aujourd'hui les caisses d'allocations familiales et la Mutualité sociale agricole (MSA) n'examinent qu'un seul droit au titre d'un couple, alors même que chacun des membres s'acquitte d'un loyer. L'amendement s'appuie sur des propositions de loi déposées sur ce sujet, notamment celle de M. Georges Colombier, sur les conclusions du rapport de la MECSS de Mme Paulette Guinchard et sur les recommandations de la Cour des comptes qui a suggéré de réexaminer les conditions de versements des aides personnelles au logement.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, favorable à l'amendement mais jugeant que sa rédaction mérite d'être améliorée, a suggéré à son auteur de le retirer et de le présenter lors de la réunion que la commission tiendra au titre de l'article 88 du Règlement.

M. Bernard Perrut a préféré maintenir son amendement afin qu'il figure dans le rapport de la commission.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 68

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2007

En application du 2° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe le montant des dépenses de la branche famille pour 2007 à 55,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Pour le régime général de la sécurité sociale, cet objectif est de 54,9 milliards d'euros. Pour mémoire cet objectif avait été fixé, l'année dernière, à 53,3 milliards pour l'ensemble des régimes.

*

La commission a *adopté* l'article 68 sans modification.

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 69

Situation des travailleurs détachés temporairement en France au regard du rattachement au régime général et du droit aux prestations familiales

Cet article propose de clarifier la situation des travailleurs détachés temporairement en France en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire au regard du droit aux prestations familiales et à la couverture maladie universelle.

Il s'agit de modifier le code de la sécurité sociale afin que ces personnes, qui restent affiliées à leur régime de sécurité sociale d'origine en application de la convention ou du règlement communautaire, ne puissent bénéficier du dispositif de la couverture maladie universelle (CMU) et percevoir des allocations familiales.

1. Éléments de contexte

Les entreprises dont le siège social est établi hors de France peuvent détacher temporairement leurs salariés en France afin d'y exécuter une prestation

de services. Elles doivent alors respecter plusieurs formalités obligatoires et appliquer, aux salariés ainsi détachés, certaines dispositions prévues par le code du travail en matière de rémunération, de durée du travail et de conditions de travail. La situation de ces travailleurs détachés en France au regard de la sécurité sociale est généralement réglée par des conventions internationales bilatérales ou multilatérales.

Dans le cadre de ces accords, le détachement de salariés en France permet le maintien au régime de sécurité sociale du pays d'envoi du salarié. Les salariés détachés en France et leur employeur sont dans ce cas de figure exonérés de toutes contributions ou cotisations au régime français, y compris les cotisations patronales pour la famille.

Or ces travailleurs et leurs familles, bien qu'exclus en principe du régime français de sécurité sociale, peuvent *de facto* accéder, en raison de leur résidence en France, au dispositif de la couverture maladie universelle (CMU) et aux prestations familiales françaises. En effet, aucune interdiction du bénéfice de ces prestations n'est expressément prévue par le code de la sécurité sociale. En particulier, la rédaction de l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, modifiée par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, établit un principe général de rattachement au régime général sur le critère de résidence régulière sur le territoire français, dès lors que la personne considérée n'a droit à aucun titre de prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

Le présent article propose de remédier à cette situation qui peut être coûteuse pour la sécurité sociale, bien qu'aucun chiffre sur la réalité financière de la situation ne semble être disponible.

2. Le dispositif proposé

Le **I** du présent article vise à mentionner expressément les travailleurs détachés temporairement en France en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire dans la liste des personnes auxquelles le principe général de rattachement au régime général du fait de la résidence en France ne s'applique pas. Cette liste comprend déjà les membres du personnel diplomatique et consulaire ou les personnes venues en France pour un traitement médical ou une cure. Le **I** du présent article propose donc de modifier en conséquence l'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale.

La nouvelle rédaction permet d'écarter de l'application du principe de rattachement au régime général par le critère de résidence « *les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire* ».

Sont également concernées les personnes appartenant aux catégories mentionnées aux articles L. 161-14 et L. 313-3 du code de la sécurité sociale ; il

s'agit de viser les membres de la famille des travailleurs détachés temporairement (dont les concubins et les personnes ayant conclu un pacte civil de solidarité).

Cette modification est de nature à autoriser les caisses primaires d'assurance maladie à interdire à ces personnes le bénéfice de la CMU.

Le **II** du présent article propose de modifier l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale. Cet article, dans sa rédaction en vigueur, permet à toute personne française ou étrangère résidant en France et ayant à sa charge un ou plusieurs enfants résidant en France de bénéficier pour ces enfants des prestations familiales. Il est proposé de compléter cet article en précisant qu'il ne s'applique pas aux travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire ainsi qu'aux personnes à leur charge.

3. L'impact financier

L'impact financier du présent article est très difficile à estimer compte tenu du manque de données sur les montants financiers représentés par l'application des dispositions en vigueur. L'annexe relative au chiffrage des mesures nouvelles chiffre à 100 millions d'euros l'impact positif de la lutte contre la « fraude à la résidence ». Cette somme ne correspond pas à l'effet du dispositif proposé par le présent article mais à des mesures d'ordre réglementaire.

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel de M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes.

Puis elle a *adopté* l'article 69 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 69

Désignation des administrateurs des organismes de sécurité sociale relevant des régimes spéciaux

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Denis Jacquat et Mme Cécile Gallez visant à abroger l'article du code de la sécurité sociale disposant que les administrateurs des organismes de sécurité sociale relevant des régimes spéciaux sont désignés par voie d'élection à la représentation proportionnelle suivant les modalités définies pour chacun de ces régimes.

Suivant l'avis favorable de **M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, la commission a *adopté* les amendements.

Article 70

Indemnités journalières des indépendants

Cet article propose d'appliquer aux indemnités journalières versées aux indépendants les dispositifs de contrôle prévus par la loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

1. Éléments de contexte

Le contrôle des prescriptions d'indemnités journalières constitue un des succès les plus marquants de la maîtrise médicalisée engagée depuis 2004. Elle passe par un contrôle étroit des médecins prescripteurs. En particulier, la loi relative à l'assurance maladie permet que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie puisse décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical le versement des indemnités journalières.

Cette décision peut intervenir en cas de non-respect par le médecin des conditions de prescription des arrêts de travail ou en cas de constatation d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits supérieurs aux données moyennes constatées au sein d'une union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Cette disposition de nature essentiellement dissuasive est réglementée par l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, qui renvoie au 5° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, article relatif aux indemnités journalières versées aux salariés.

En l'état actuel des textes, cet article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale ne s'applique pas aux indemnités journalières du régime social des indépendants, indemnités régies par l'article L. 613-20 relatif aux prestations supplémentaires de ce régime et qui renvoie uniquement à l'« *incapacité de travail* » visée au 5° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

2. Le dispositif proposé

La modification proposée permet d'établir un lien entre l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, qui renvoie aux indemnités journalières mentionnées au 5° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, et les régimes d'indemnités journalières du régime social des indépendants (RSI). À cette fin, il est proposé que l'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale, relatif aux prestations supplémentaires du RSI, puisse prévoir la possibilité de créer des indemnités journalières renvoyant au 5° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

Cette modification permettra d'éviter une situation absurde dans laquelle un médecin considéré comme trop prescripteur d'indemnités journalières peut être mis sous entente préalable pour ses prescriptions d'arrêt de travail à des salariés,

alors qu'il peut continuer à prescrire librement des arrêts de travail à des indépendants.

Dès la publication de la loi relative à l'assurance maladie, l'ex-CANAM (caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes), estimant que le dispositif visé par le 5° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale ne lui était pas applicable, a suggéré une modification de l'article L. 162-1-15. La caisse craignait qu'un médecin conteste une décision de mise sous entente préalable prise par une caisse maladie régionale (CMR) au motif que les régimes d'indemnités journalières ne sont pas concernés par le 5° de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

3. L'impact financier

L'annexe relative au chiffrage des mesures nouvelles ne mentionne pas l'impact financier de cette disposition, qui est sans doute réduit.

*

La commission a *adopté* l'article 70 sans modification.

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 71

Charges prévisionnelles pour 2007 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 2007 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Pour 2007, 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 sont identiques à ceux présentés dans le cadre de l'article 26 du présent projet, article qui propose d'adopter les tableaux d'équilibre pour 2007 de ces organismes.

À noter que l'annexe 9 au projet de loi, relative au chiffrage des mesures nouvelles, détaille l'impact financier de deux mesures.

L'harmonisation des règles de versement et de comptabilisation des prélèvements sociaux sur les revenus de placement, mesure proposée par

l'article 16 du présent projet (cf. *supra*, commentaire de l'article 16), conduit à augmenter les ressources du FSV de 73 millions d'euros en 2007.

La revalorisation des petites retraites agricoles, réalisée par voie réglementaire, augmentera les dépenses 2007 du FFIPSA de 162 millions d'euros. Il a été décidé de rabaisser la durée minimale d'activité agricole permettant l'accès aux revalorisations de 32 ans et demi à 22 ans et demi, ce qui concernera 150 000 retraités. En outre, l'instauration d'une décote constante par année de carrière manquante se substituera à la décote actuelle de 15 % les deux premières années et 10 % les années suivantes. Le taux de la décote sera de 5,5 % par année manquante. Cette mesure bénéficiera à 300 000 personnes. Le dispositif retenu fait suite aux propositions des députés MM. Yves Censi, Daniel Garrigue et Marc Le Fur, auxquels le ministre de l'agriculture et de la pêche M. Dominique Bussereau avait confié la mission d'analyser les mesures permettant d'améliorer les petites retraites agricoles.

Au moment de la rédaction de ce rapport, les modalités de financement de cette mesure n'étaient pas encore connues.

Le présent article n'appelle pas d'autres commentaires que ceux consacrés à ces organismes et développés dans les commentaires d'articles correspondants et à l'exposé général (cf. *supra*).

*

La commission a *adopté* l'article 71 sans modification.

Après l'article 71

La commission a examiné onze amendements de M. Jean-Luc Prél portant articles additionnels et répondant aux objectifs suivants :

– l'État favorise la création de maisons médicales rurales et en zones urbaines difficiles ;

– le Parlement vote chaque année au printemps les priorités de santé à partir des propositions de la Conférence nationale de la santé ;

– la mise en œuvre des lois et des programmes de santé est suivie annuellement par le Parlement ;

– un conseil national de santé, émanation des conseils régionaux de santé élus par collèges, estime les besoins, veille à l'adéquation de l'offre aux besoins et contrôle l'exécutif régional, c'est-à-dire l'agence régionale de santé ;

– la politique de santé publique et de sécurité sanitaire est renforcée, notamment grâce aux schémas régionaux d'éducation pour la santé ;

– la politique de santé publique et de sécurité sanitaire intègre des accords conclus entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les représentants des établissements ;

– des programmes de prévention pour l'éducation à la santé et la promotion de la santé sont établis ;

– l'implication de tous les acteurs de santé dans un comité régional peut parvenir à une réelle maîtrise médicalisée ;

– la région fixe un *numerus clausus* par spécialité ;

– la formation des médecins et paramédicaux est obligatoire, évaluée et financée ;

– dans chaque région, une union des professions paramédicales exerçant à titre libéral est créée.

M. Pierre-Louis Fagniez, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, relevant l'intérêt intrinsèque de ces amendements, a souligné qu'ils portent soit sur la politique de santé publique, soit sur les missions des collectivités locales. Il a émis un avis défavorable à leur adoption.

La commission a *rejeté* les onze amendements.

La commission a examiné un amendement portant article additionnel de M. Jean-Luc Prével proposant de supprimer les comités d'alerte.

M. Jean-Luc Prével a estimé que la création des comités d'alerte renvoie à un processus de maîtrise comptable.

Le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général a émis un avis défavorable à l'adoption de l'amendement en répondant que le comité d'alerte fournit une donnée comptable, à partir de laquelle une politique de maîtrise médicalisée est élaborée.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével proposant de modifier la loi dite « loi Evin » afin que la mention des « *emplacements réservés aux fumeurs* » dans les lieux à usage collectif soit supprimée à partir du 1^{er} septembre 2007.

M. Jean-Luc Prével a souligné que l'impact financier de l'amendement est réel puisqu'il conduira à réaliser des économies substantielles en matière de dépenses relatives aux cancers broncho-pulmonaires et aux maladies coronariennes.

Le rapporteur pour l'équilibre général et les recettes a estimé que l'amendement est satisfait par les annonces du ministre de la santé et des solidarités relatives au futur décret portant sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement portant article additionnel de M. Jean-Luc Préel visant à ce que l'expérimentation des agences régionales de santé soit généralisée dès 2007.

M. Jean-Luc Préel s'est interrogé sur les résultats de l'expérimentation prévue par la loi relative à l'assurance maladie.

Le rapporteur pour l'équilibre général et les recettes, après avoir indiqué que les résultats de l'expérimentation, qui ne sont pas encore disponibles, nourriront certainement les débats présidentiels, a émis un avis défavorable à l'adoption de l'amendement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* la quatrième partie du projet de loi ainsi modifié.

Puis la commission a **adopté** l'ensemble du projet de loi ainsi modifié.

*

* *

En conséquence, et sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi n° 3362.

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Mutualité française** – M. Daniel Lenoir, directeur général, et M. Vincent Figureau, responsable du département relations extérieures
- **Les entreprises du médicament (LEEM)** – M. Christian Lajoux, président, M. Bernard Lemoine, vice-président délégué, M. Claude Bougé, directeur général adjoint, et Mme Aline Bessis-Marais, directrice en charge des affaires publiques
- **Force ouvrière (FO)** – M. Jean-Claude Mallet, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale
- **Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES)** – M. Patrice Ract-Madoux, président du conseil d’administration
- **Centre d’analyse stratégique** – Mme Sophie Boissard, directrice générale
- **Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)** – M. Georges Tissié, directeur des affaires sociales
- **Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)** – M. Pierre Burban, président et M. Jean-Luc Tavernier, directeur
- **Union professionnelle artisanale (UPA)** – M. Pierre Perrin, président, M. Pierre Burban, secrétaire général, et M. Guillaume Tabourdeau, conseiller technique chargé des relations avec le Parlement
- **Cour des comptes** – M. Michel Cretin, président de la 6^e chambre, M. Michel Braunstein, conseiller maître auprès de la 6^e chambre, Mme Rolande Ruellan, conseiller maître auprès de la 6^e chambre, M. André Gauron, conseiller maître auprès de la 6^e chambre, M. Christian Cardon, conseiller maître auprès de la 5^e chambre
- **Établissement de gestion du fond de financement des prestations de non-salariés agricoles (FFIPSA)** – M. Daniel Caron, président du conseil d’administration, et M. Jean-Paul Heulin, directeur
- **Confédération générale des travailleurs (CGT)** – M. Pierre-Yves Chanu, conseiller confédéral
- **Fédération française des sociétés d’assurance (FFSA)** – M. Alain Rouché, directeur santé, Mme Sylvie Gautherin, responsable du pôle juridique assurance-vie, et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire

- **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – M. Jean-Louis Deroussen, secrétaire général adjoint chargé de la protection sociale, et M. Michel Moïse-Mijon, conseiller technique
- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)** – M. Gérard Pelhate, président, M. Yves Humez, directeur général, et Mme Danielle Saint-Martin, directrice financière
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)** – M. Jacques Le Nain, directeur
- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – M. Yves Verollet, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale et M. Philippe Le Clézio, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale
- **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)** – M. Jean-René Buisson, président de la commission protection sociale, Mme Véronique Cazals, directrice de la protection sociale, et M. Guillaume Ressot, conseiller parlementaire
- **Union nationale des caisses d'assurances maladie (UNCAM)** – M. Frédéric Van Rokeghem, directeur général
- **Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Michel Regereau, président
- **Confédération générale des cadres (CGC)** – Mme Danièle Karniewiecz, secrétaire nationale chargée du pôle protection sociale, et Mme Céline Cavailé, conseillère technique