



N° 965

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 17 juin 2008.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 86, alinéa 8, du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES

*sur la mise en **application de la loi n° 2007-1786** du 19 décembre 2007
de **financement de la sécurité sociale pour 2008***

ET PRÉSENTÉ

PAR MM. YVES BUR, JEAN-PIERRE DOOR,
DENIS JACQUAT ET HERVÉ FÉRON,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE	13
A. LES RECETTES.....	14
1. Les dispositions relatives aux contributions pharmaceutiques	14
2. Le prélèvement sur les préretraites et les indemnités de mise à la retraite.....	15
3. Le régime d'exonération partielle de cotisations des jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole	16
4. L'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité procurant de faibles revenus	17
B. LA GESTION DU RISQUE.....	19
1. La certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale.....	19
2. L'amélioration de la performance de la gestion des organismes de sécurité sociale	20
3. Le renforcement des moyens de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	22
C. LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET LE TRAVAIL DISSIMULÉ.....	25
1. L'expérimentation concernant le renforcement du contrôle médical des arrêts de travail	27
2. La lutte contre la fraude	28
a) <i>Le renforcement des pouvoirs des caisses nationales</i>	28
b) <i>La simplification du mode de renseignement des ressources des allocataires</i>	29
c) <i>La récupération des indus</i>	31
d) <i>La requalification des actes ayant pour objet d'éviter le paiement des charges sociales</i>	31
e) <i>L'expérimentation d'un dispositif de suspension des prestations en cas de fraude</i>	32
f) <i>L'accès des centres communaux d'action sociale au répertoire national commun relatif aux bénéficiaires des prestations sociales</i>	32
g) <i>Le droit de communication</i>	33
3. La lutte contre le travail dissimulé.....	35

II.- L'ASSURANCE MALADIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	37
A. LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ	39
1. L'amélioration des pratiques	39
<i>a) Le développement de la coopération interprofessionnelle</i>	39
<i>b) La possibilité pour les médecins d'adhérer à des contrats comportant des objectifs individualisés d'amélioration des pratiques</i>	40
2. Les conditions de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins	41
<i>a) Le renforcement de l'information des assurés et du contrôle des caisses d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires</i>	41
<i>b) Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération et de financement de la permanence des soins</i>	42
3. La restructuration du réseau des officines de pharmacie	43
B. LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE ET DE MATERNITÉ	44
1. Les franchises sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux	44
2. Les dispositions diverses visant à harmoniser les prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale	45
3. Le renforcement de la maîtrise médicalisée des dépenses	48
<i>a) L'extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable</i>	48
<i>b) La régulation des dépenses de transports</i>	49
<i>c) L'inscription des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire dans le parcours de soins coordonnés</i>	49
C. LE RENFORCEMENT DE LA QUALITÉ ET DE L'ACCÈS AUX SOINS	50
1. La recherche d'une répartition plus équilibrée des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire	50
<i>a) La détermination des critères de classification des zones de recours aux soins ambulatoires</i>	50
<i>b) L'ouverture prochaine de négociations conventionnelles suite aux États généraux de l'organisation de la santé</i>	51
2. Le développement de la coordination des soins	52
<i>a) Le dossier médical personnel</i>	52
<i>b) Le dossier pharmaceutique</i>	53
3. La possibilité de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse dans les centres de santé et de planification familiale	53

D. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX.....	54
1. La tarification à l'activité.....	54
a) <i>La valorisation de l'activité à 100 % des tarifs dans le secteur public</i>	54
b) <i>L'application de la T2A aux établissements du secteur public en Guyane</i>	56
c) <i>L'application de la T2A au service de santé des armées</i>	57
d) <i>L'élaboration d'un plan de redressement</i>	57
2. L'expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires	58
3. Les groupements de coopération sanitaire.....	59
4. Le financement et la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux.....	59
E. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES	62
III.- L'ASSURANCE VIEILLESSE	63
IV.- LA BRANCHE FAMILLE	65
A. LA MODULATION DU MONTANT DE L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE EN FONCTION DE L'ÂGE DE L'ENFANT	65
B. L'EXTENSION AUX ENFANTS HANDICAPÉS DE LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP	66
C. LA CLARIFICATION DU DROIT AUX PRESTATIONS FAMILIALES DES RESSORTISSANTS COMMUNAUTAIRES.....	68
TRAVAUX DE LA COMMISSION	71
ANNEXES	85
ANNEXE 1 : Tableau de suivi de la mise en application de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la securite sociale pour 2008 (au 17 juin 2008)	85
ANNEXE 2 : Liste des rapports au parlement prévus par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la securite sociale pour 2008.....	93

INTRODUCTION

Résultant de la résolution n° 256 adoptée le 12 février 2004, l'article 86, alinéa 8, du Règlement de l'Assemblée nationale prévoit que « à l'issue d'un délai de six mois suivant l'entrée en vigueur d'une loi dont la mise en œuvre nécessite la publication de textes de nature réglementaire, le député qui en a été le rapporteur ou, à défaut, un autre député désigné à cet effet par la commission compétente, présente à celle-ci un rapport sur la mise en application de cette loi. » Il précise que « ce rapport fait état des textes réglementaires publiés et des circulaires édictées pour la mise en œuvre de ladite loi, ainsi que de ses dispositions qui n'auraient pas fait l'objet des textes d'application nécessaires. »

Au regard de cette disposition, le statut particulier de la loi de financement de la sécurité sociale, catégorie expressément prévue par la Constitution et dont la discussion fait l'objet de règles spécifiques, n'interfère nullement. Toute loi de financement comporte certes des dispositions d'application directe, de nature strictement financière et pour lesquelles elle dispose d'ailleurs d'un monopole, qu'il s'agisse du règlement du dernier exercice clos, de la rectification des chiffres de l'exercice en cours et de la fixation des objectifs et prévisions pour l'exercice à venir. Mais il n'en demeure pas moins que la loi de financement comporte toujours par ailleurs des dispositions qui, portant aussi bien sur les ressources que sur les charges ou le contrôle, exigent des textes d'application.

L'application des lois de financement de la sécurité sociale fait l'objet d'un suivi approfondi.

D'une part, le gouvernement doit joindre au projet de loi de financement de l'année $n+1$, en application du 3° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, une annexe « rendant compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale » de l'année n . En outre, l'article 67 de la loi n°2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit dispose que « à l'issue d'un délai de six mois suivant la date d'entrée en vigueur d'une loi, le gouvernement présente au Parlement un rapport sur la mise en application de cette loi », par ailleurs rendu public sur le site Internet *Légifrance*. « Ce rapport mentionne les textes réglementaires publiés et les circulaires édictées pour la mise en œuvre de ladite loi, ainsi que, le cas échéant, les dispositions de celle-ci qui n'ont pas fait l'objet des textes d'application nécessaires et en indique les motifs. »

À ce jour, le gouvernement n'a toutefois présenté que les rapports relatifs à la mise en application des lois de financement pour 2005 et pour 2006, tous deux déposés le 12 octobre 2006, soit respectivement vingt-deux mois et dix mois après leur entrée en vigueur, par conséquent bien au-delà du délai de six mois prévu par la loi de 2004. D'une très grande concision, ces rapports se contentent de donner la liste des décrets adoptés en application de ces deux lois ainsi que la liste des

décrets en cours de publication ou d'élaboration, avec quelques indications quant à leur délai prévisionnel de publication. Pour les lois de financement postérieures (2007 et 2008), un « échancier des décrets d'application » peut toutefois être consulté sur le site Internet de *Légifrance*.

D'autre part, en vertu de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes produit chaque année au mois de septembre un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS).

Aussi précieux soient-ils pour l'information du Parlement et indépendamment même du moment de l'année où ils sont publiés, ces travaux ne présentent toutefois évidemment pas la même nature que celui auquel invite l'article 86, alinéa 8, de notre Règlement. Car il s'agit ici de la fonction de contrôle de l'exécutif, que la révision constitutionnelle en cours de discussion se propose d'ailleurs de consacrer et d'approfondir. Or, s'il est également envisagé de limiter considérablement le recours à la déclaration d'urgence, cette faculté demeurerait cependant de droit, en raison des contraintes de délais. Mais il est d'autant plus important que le Parlement vérifie le bien-fondé de cette nécessité d'agir rapidement, d'autant qu'il est souvent amené à constater que cette urgence ne trouve pas sa traduction, le moment venu, dans les conditions d'élaboration des textes d'application.

En outre, l'examen en commission du rapport sur la mise en application de la loi de financement fournit l'occasion d'entendre le ou les ministres concernés, ce qui marque encore davantage l'affirmation par le Parlement de sa volonté de contrôle de l'action de l'exécutif. Au-delà du seul symbole, les incidences de cette audition sont également d'ordre pratique, l'expérience montrant que le nombre de textes réglementaires publiés tend à s'accroître dans les semaines, voire les jours qui la précèdent...

C'est donc sans tarder que l'article 86, alinéa 8, de notre Règlement a été appliqué aux lois de financement : dès le 27 juin 2006, la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 a fait l'objet d'un rapport d'information (n° 3193). Les rapporteurs avaient alors constaté que cette loi de financement, la première examinée, discutée et votée conformément à la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, avait « *battu un record historique en termes d'articles – 95 articles, dont 7 déclarés non conformes par le Conseil constitutionnel* ». Mais l'épreuve des faits montre que dans ce domaine, de tels « records » ne tiennent pas plus d'une année.

L'an passé, le calendrier des travaux parlementaires n'a pas permis de mettre en œuvre ce contrôle à l'égard de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. En effet, la session extraordinaire de juillet ne fournissait pas un cadre approprié, tandis qu'au début de la session ordinaire, le Parlement, tout en devant déjà se soucier du projet de loi de financement pour 2008, disposait d'autres instruments d'évaluation de l'application de la précédente loi de

financement (rapport de la Cour des comptes et annexe au projet de loi de financement pour 2008).

Le fait que l'Assemblée nationale n'ait pas été en mesure de jouer son rôle d'aiguillon constitue peut-être l'une des raisons pour lesquelles l'échéancier de mise en application de la loi de financement pour 2007, tel qu'il peut être consulté sur le site *Légifrance*, comporte encore à ce jour d'importantes lacunes. De nombreux textes y apparaissent en effet retardés tant au regard du délai de six mois – la publication d'un décret est ainsi envisagée « *mi-2008* » – que par rapport aux informations figurant dans cet échéancier lui-même – aucune information n'est ainsi donnée quant à la publication d'un décret pourtant annoncée pour « *mars 2007* ».

Dans ces conditions, l'examen de la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 s'impose plus que jamais, alors que notre Assemblée, examinant en première lecture le projet de loi constitutionnelle de modernisation des institutions de la V^e République, vient de compléter les missions du Parlement telles que définies à l'article 24 de la Constitution en prévoyant que celui-ci « *concourt à l'évaluation des politiques publiques* ».

Adopté le 11 octobre 2007 en Conseil des ministres, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a été examiné à l'Assemblée nationale en commission les 16 et 17 octobre 2007 puis en séance publique du 23 au 30 octobre. Après son adoption par le Sénat et la réunion de la commission mixte paritaire, le projet a fait l'objet d'une adoption définitive à l'Assemblée nationale le 22 novembre 2007. Le texte a fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel. Promulgué le 19 décembre, il a été publié au *Journal officiel* le 21 décembre 2007.

*

Sur les 101 articles⁽¹⁾ de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, seuls 34 exigent la publication d'au moins un texte réglementaire d'application (qu'il s'agisse d'un décret en Conseil d'État, d'un décret simple ou d'un arrêté) ou d'une convention. S'ils ne posent pas de problèmes d'application au sens strict des dispositions du Règlement de l'Assemblée nationale, certains des 67 articles restants n'en doivent pas moins être appréciés en termes de mise en œuvre : il ne faut en effet pas perdre de vue que l'applicabilité directe ne constitue nullement une garantie de la mise en œuvre effective d'une disposition.

Cela étant, au 17 juin 2008, soit six mois après la publication de la loi, sur les 39 articles exigeant la publication de textes d'application (dont 4 des textes de nature conventionnelle) :

– 31 n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient ;

(1) Soit 118 articles desquels il convient de déduire les 17 articles censurés par le Conseil constitutionnel (décision n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007).

- 5 ont fait l’objet d’une application complète ;
- 3 ont fait l’objet d’une application partielle.

Le tableau annexé au présent rapport fait le point article par article. Le tableau ci-après met en évidence les résultats médiocres s’agissant de la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

État de la publication des textes nécessaires à l’application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008

Nombre de textes au 17 juin 2008	Textes d’application nécessaires	Textes publiés		Textes restant à publier
		Nombre	en %	
Décrets en Conseil d’État	19	2	10,5	17
Décrets simples	26	7	26,9	19
Arrêtés	16	3	18,8	13
Total textes réglementaires	61	12	19,7	49
Conventions	4	0	0	4

Source : Commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Le nombre de textes réglementaires d’application publiés – à peine un cinquième des textes nécessaires à la mise en application compétente de la loi – est donc extrêmement faible. Comment un tel retard peut-il s’expliquer ?

D’abord, le volume de la loi de financement est certainement en cause : considérable au stade même du projet de loi, le nombre de dispositions s’accroît encore à la faveur de son examen au Parlement. C’est au rythme d’un tous les trois jours qu’il aurait fallu que soient publiés les textes d’application nécessaires, ce qui permet de mesurer l’ampleur de la tâche ainsi dévolue à l’exécutif. Les ministères, qui n’ont pas toujours été en mesure de préparer les textes d’application parallèlement à l’élaboration du projet de loi, souffrent donc d’un engorgement occasionnant des retards que la traditionnelle lourdeur des processus administratifs vient allonger, même s’il semble toutefois que la triple tutelle qui s’exerce désormais sur les premiers services concernés, ceux de la direction de la sécurité sociale (DSS), ne soulève pas de difficulté supplémentaire.

Les longues concertations ministérielles n’en demeurent parfois pas moins nécessaires. En effet, si l’élaboration de la grande majorité des textes relève du ministère de la santé et des solidarités, voire d’une unique direction, la direction de la sécurité sociale, un certain nombre de textes réglementaires sont rédigés en concertation étroite avec d’autres ministères, comme celui de l’agriculture.

Enfin, comme de coutume, la publication de certains de ces textes serait imminente, puisqu’ils en seraient au stade de la signature. De fait, les jours qui précèdent et suivent immédiatement l’examen en commission des rapports d’application coïncident généralement avec une floraison de décrets et d’arrêtés

d'application. Si ces rapports d'application n'avaient que cette utilité, elle n'en suffirait pas moins à justifier pleinement leur opportunité.

*

Comme en 2006 pour le précédent rapport d'information de ce type, plutôt que de suivre le découpage de la loi de financement en quatre parties, peu pratique compte tenu de la diversité des dispositions considérées et du fait que ce texte est rapporté par quatre députés différents, le choix a été fait de regrouper par thème les dispositions de la loi de financement devant faire l'objet de textes d'application : recettes et gestion du risque (I), assurance maladie et accidents du travail (II), assurance vieillesse (III) et branche famille (IV).

I.- LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE

La présente partie porte sur les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 relatives aux recettes, à l'équilibre général et à la gestion du risque.

Les dispositions de la loi de nature financière, qu'il s'agisse de l'approbation des montants du dernier exercice clos (**articles 1^{er} et 2**), de la rectification des chiffres pour 2007 (**articles 3 à 7**) ou de la fixation des objectifs et prévisions pour les exercices 2008 et suivants (**articles 8, 28 à 33, 35 et 118**) sont, comme chaque année, d'application directe.

Par ailleurs, bon nombre de dispositions portant sur les recettes sont également d'application directe : suppression de la double cotisation des fonctionnaires élus parlementaires (**article 9**), aménagements apportés à la fiscalité des tabacs (**articles 10⁽¹⁾ et 11**), modification de l'assiette retenue pour le calcul de la réduction générale de cotisations sociales patronales (**article 12**), instauration de contributions sur les stock-options et attributions gratuites d'actions (**article 13**), modification de l'assiette forfaitaire de CSG pour les non-salariés agricoles (**article 17**), alignement sur le droit commun des exonérations de cotisations en zone de revitalisation rurale pour les organismes d'intérêt général (**article 19⁽²⁾**), suppression des exonérations de cotisations pour les accidents du travail (**article 22**), aménagements apportés à la contribution sociale de solidarité des sociétés (**article 23**), non-compensation de cinq dispositifs d'exonérations de cotisations sociales (**article 24**) et aménagement des cotisations à la Caisse des Français de l'étranger (**article 27**).

Il en va de même en matière d'information et de contrôle du Parlement – transmission des référés de la Cour des comptes aux commissions des affaires sociales des assemblées (**article 99**) – et de gestion du risque : mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'État et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (**article 100**), transmission d'informations aux organismes complémentaires (**article 104**), renforcement des pouvoirs et moyens des caisses nationales dans la lutte contre la fraude (**articles 105⁽³⁾ et 110⁽⁴⁾**), récupération des indus (**article 107⁽⁵⁾**), renforcement des moyens des caisses nationales dans la

(1) Cet article ouvre une faculté, pour le ministre chargé du budget, de moduler par arrêté les minima de perception applicables aux cigarettes et tabacs à rouler, mais celui-ci n'est évidemment pas obligé d'y recourir.

(2) Le gouvernement doit transmettre au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport sur l'exonération de cotisations sociales bénéficiant aux organismes d'intérêt général en zones de revitalisation rurale (ZRR).

(3) Un développement sera toutefois consacré à cet article (cf. infra), chaque caisse nationale étant amenée à prendre des dispositions afin de pouvoir l'appliquer.

(4) Le gouvernement doit transmettre au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport d'évaluation de l'expérimentation du dispositif de suspension des prestations en cas de fraude, assorti des observations des organismes y ayant participé.

(5) Compte tenu de l'intérêt particulier qui s'attache au suivi de cet article, un développement lui sera consacré (cf. infra).

lutte contre la fraude (**article 109**), accès des centres communaux et intercommunaux d'action sociale au répertoire national commun des organismes de sécurité sociale (**article 111** ⁽¹⁾), généralisation de l'obligation de signalement du travail dissimulé aux organismes sociaux (**article 113**), extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale d'État et des soins urgents (**article 116**) et harmonisation du contrôle des arrêts de travail pour cause d'accident du travail avec les dispositions applicables à l'assurance maladie (**article 117**).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 comporte en revanche treize articles nécessitant, en matière de recettes et de gestion du risque, des textes d'application : aux côtés des traditionnelles mesures de recettes et de gestion du risque, un important volet était consacré au contrôle ainsi qu'à la lutte contre la fraude et le travail dissimulé.

A. LES RECETTES

Quatre articles appellent des textes d'application. Ils sont relatifs aux contributions pharmaceutiques (**article 14**), aux préretraites et indemnités de mise à la retraite (**article 16**), aux cotisations des jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole (**article 18**) ainsi qu'à l'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité procurant de faibles revenus (**article 20**).

1. Les dispositions relatives aux contributions pharmaceutiques

À cinq reprises, le I de l'**article 14** de la loi renvoie à un décret en Conseil d'État la détermination des conditions d'application de plusieurs de ses dispositions relatives aux modalités de calcul des contributions sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux. Il est en effet apparu nécessaire de préciser par voie réglementaire les modalités :

– de la modulation de l'abattement forfaitaire sur l'assiette de la contribution à la charge des entreprises de préparation de médicaments lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois (article L. 245-2 du code de la sécurité sociale) ;

– du report au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe des abattements, d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments orphelins ou des spécialités génériques, lorsque ces abattements sont supérieurs à l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion (article L. 245-2 du même code) ;

(1) *Compte tenu de ce que la disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui a instauré le dispositif modifié par cet article n'a pas encore été mise en œuvre, un développement lui sera consacré (cf. infra).*

– de la modulation du montant du chiffre d'affaires hors taxes, réalisé au cours d'un exercice ou de plusieurs exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution sur la promotion, en deçà duquel les entreprises pharmaceutiques sont exonérés de cette contribution lorsque la durée du ou des derniers exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution diffère de douze mois (article L. 245-4 du même code) ;

– de la modulation de l'abattement sur l'assiette de la contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, produits de santé autres que les médicaments et les prestations associées, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution n'est pas de douze mois (article L. 245-5-2 du même code) et, enfin, de la modulation du montant du chiffre d'affaires en deçà duquel les fabricants ou les distributeurs sont exonérés de la contribution dans ce cas (article L. 245-5-3 du même code).

Selon les informations communiquées par le gouvernement, ce décret en Conseil d'État est actuellement en cours de contreseing et devrait donc être publié très prochainement.

2. Le prélèvement sur les préretraites et les indemnités de mise à la retraite

L'article 16 de la loi contient un ensemble de mesures relatives aux prélèvements sociaux sur les indemnités de préretraites, de cessations anticipées d'activité et de mise à la retraite :

– il aligne sur les taux de droit commun les prélèvements sociaux sur les indemnités de préretraite (paragraphe I et II : suppression des taux réduits et de l'exonération de CSG ; paragraphe III : fixation à 50 % du taux de la contribution spécifique acquittée par les employeurs) ;

– il relève le taux de la contribution spécifique acquittée par les employeurs sur les avantages de préretraite d'entreprise (2° du paragraphe III : taux porté à 50 %) et supprime les taux transitoires réduits (paragraphe VI) ;

– il soumet les mises à la retraite d'office à une contribution spécifique calquée sur celle prévue pour les préretraites d'entreprise (paragraphe VIII et IX : fixation à 50 % du taux de la contribution, avec un taux transitoire de 25 % du 11 octobre 2007 au 31 décembre 2008) ;

– il affecte au régime général (Caisse nationale d'assurance vieillesse) le produit des contributions spécifiques (1° du paragraphe III et paragraphe X) ;

– il supprime le régime du départ en retraite avec l'accord de l'employeur introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (paragraphe VI).

Ces dispositions ne nécessitent la publication d'aucun texte réglementaire pour être mises en application. La direction de la sécurité sociale a présenté ces réformes dans une circulaire n° DSS/5B/2008/66 du 25 février 2008.

Par ailleurs, afin de permettre une meilleure connaissance des mesures de préretraite et de cessation anticipée d'activité décidées par les entreprises, il crée une obligation déclarative : chaque année les employeurs devront adresser au ministère du travail une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou mis en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile passée, l'âge de ces salariés et le montant des avantages alloués (paragraphe IV et V).

Un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'emploi doit fixer le modèle de cette déclaration. La publication de cet arrêté a été reportée à la fin de l'année 2008 ou aux tout premiers jours du mois de janvier 2009 afin de prendre en compte les conclusions de la concertation en cours sur l'emploi des seniors. Ce retard n'a pas permis aux employeurs de procéder à la déclaration des préretraites et cessations anticipées d'activité intervenues du 11 octobre au 31 décembre 2007 (le paragraphe VII fixe au 11 octobre 2007 la date d'entrée en vigueur de ce dispositif) car ces déclarations sociales sont normalement faites en janvier (*cf.* date limite du 31 janvier pour la déclaration annuelle des données sociales et la déclaration automatisée des données sociales unifiées).

3. Le régime d'exonération partielle de cotisations des jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole

Résultant d'un amendement de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, l'**article 18** assouplit le régime d'exonération partielle de cotisations destiné aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole.

L'article L. 731-13 du code rural leur ouvre en effet le bénéfice d'une exonération partielle de cotisations techniques et complémentaires d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse.

Le champ de cette exonération était limité par une double condition : d'âge, d'une part, les bénéficiaires devant avoir entre dix-huit et quarante ans ; de durée, d'autre part, soit cinq années civiles au plus, à compter de celle au cours de laquelle ils s'affilient au régime des non-salariés agricoles.

L'article 18 vise à assouplir cette seconde condition afin de faire en sorte qu'en cas de cessation momentanée de l'activité non salariée agricole au cours de cette période de cinq ans, le bénéfice de cette exonération soit reporté, pour la durée d'exonération restant à courir, à la reprise de l'activité.

Il modifie donc l'article L. 731-13 du code rural en permettant la suspension, à titre dérogatoire, du bénéfice de cette exonération partielle de cotisations et le report de son bénéfice pour la durée restant à courir, à compter de

la reprise de l'activité, un décret devant intervenir afin de fixer la durée maximale de la cessation d'activité du bénéficiaire.

À cette fin, un décret (simple) relatif aux conditions d'exonération partielle en début d'activité des cotisations dues au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles est actuellement au contreseing du ministre de l'agriculture et de la pêche ainsi que du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique. Modifiant les articles D. 731-51 et D. 731-54 du code rural, il fixe cette durée maximale à trente-six mois, précisant par ailleurs le champ d'application de la mesure et prévoyant des dispositions particulières pour son application aux personnes se trouvant en cessation temporaire d'activité à la date de publication du décret.

4. L'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité procurant de faibles revenus

L'article 20 vise à favoriser l'insertion sociale et professionnelle de personnes exerçant de petites activités économiques, de fait non déclarées et ne donnent lieu à aucune cotisation, pour lesquelles le formalisme d'une mise à son compte représente une barrière actuellement difficile à franchir. En l'état du droit, ces personnes exerçant une activité indépendante auraient en effet été affiliées au régime de protection sociale des travailleurs non salariés des professions non agricoles (Régime social des indépendants – RSI).

Mais les personnes et les activités en question restent parfois en marge du système, sans doute notamment en raison de la complexité et de la lourdeur des formalités administratives, accrues dans les quartiers concernés où le taux d'illettrisme atteint 28 % (contre 12 % en moyenne nationale). En outre, les revenus en question sont trop faibles pour constituer une assiette permettant de bénéficier pleinement de la protection sociale. Or l'affiliation au RSI ne peut donner lieu à cotisations forfaitaires et il n'a pas paru souhaitable, en accord avec les instances de ce régime, de créer un tel système, qui remettrait en cause le mécanisme de cotisations minimales en matière d'assurances maladie et vieillesse, corrigé, pour les débuts d'activité, par le dispositif « micro-social » de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

L'article 20 consiste donc, à titre expérimental, à affilier les personnes au régime général, pour une durée donnée, et à agréer des associations qui les aideront à remplir les formalités administratives et déclaratives tout en leur apportant un accompagnement vers la création d'entreprise par une éducation financière et administrative. Cette mesure permet en outre de développer l'emploi et de diminuer le travail dissimulé.

De ce fait, c'est une double dérogation qui est introduite : les activités visées ne donneront pas lieu à l'affiliation au RSI ; le régime général couvrira des personnes qui ne sont pas salariées.

Le **II** de l'article 20 prévoit qu'un décret fixe les modalités d'application de ce dispositif décrit au **I** : il définit notamment la liste des activités éligibles, les modalités de déclaration de l'activité à l'organisme consulaire concerné, la durée maximale de l'affiliation au régime général, les conditions d'agrément et de rémunération des associations ainsi que le montant des revenus tirés de l'activité visée en deçà duquel est ouvert le bénéfice de l'affiliation.

S'agissant d'un décret simple, le gouvernement avait laissé entendre, lors de la discussion du projet de loi de financement pour 2008, que sa publication pourrait intervenir dans un délai assez rapide, la date du 1^{er} avril 2008 ayant alors été considérée comme « *raisonnable* », compte tenu de la nécessité d'agréer les associations.

En outre, le gouvernement semblait avoir des projets assez précis s'agissant de ce décret, puisqu'il avait été indiqué que le montant du chiffre d'affaires en deçà duquel le dispositif s'applique serait fixé en référence au seuil de non-assujettissement à la CSG et la CRDS (soit 4 489 euros par an) et que les cotisations présenteraient un caractère forfaitaire, pouvant donc être fixées par arrêté ministériel en application des articles L. 241-2 (maladie), L. 241-3 (vieillesse), L. 241-5 (accidents du travail) et L. 241-6 (famille) du code de la sécurité sociale. De même, la durée maximale envisagée pour cette affiliation dérogatoire était de cinq ans.

Quant aux associations, il était d'ores et déjà prévu qu'elles devraient répondre à des exigences d'ancienneté, de dimension ainsi que d'implantation sur le territoire et présenter une situation financière saine et à jour du paiement des cotisations de sécurité sociale, et que leur mission consisterait à offrir un accompagnement administratif et financier vers le statut de travailleur indépendant au travers de différentes actions, collectives ou individuelles (aide pour remplir les formalités administratives et déclaratives, formation financière et administrative pour la tenue de comptabilité, relations avec les fournisseurs et les banques, ...).

L'absence de parution du décret d'application ne laisse donc pas d'étonner. En effet, selon les informations communiquées par le gouvernement, c'est seulement le 23 mai dernier que les conseils d'administration des caisses nationales ont été saisis pour avis d'un projet de décret simple. Ce retard est d'autant plus dommageable que le dispositif présente un caractère expérimental : en effet, le **III** de l'article limite son application au 31 décembre 2010, une évaluation par les directions régionales des affaires sanitaires et sociales, sous le contrôle de la direction de la sécurité sociale, devant être effectuée, dans les six mois précédant la fin de l'expérimentation, notamment en termes de coût et d'insertion des personnes concernées.

Selon les informations communiquées au rapporteur, la lenteur du processus d'élaboration du décret d'application s'expliquerait par le fait qu'une concertation préalable ait été lancée avec l'ACOSS ainsi qu'avec l'Association pour le droit à l'initiative économique, appelée à jouer un rôle important dans ce

dispositif. De ce fait, sa parution pourrait désormais intervenir rapidement, d'ici la fin du mois de juin.

L'article 1^{er} du projet de décret donne la définition des activités éligibles : importation, fabrication et vente de produits alimentaires ou artisanaux ainsi que petites activités de voisinage. L'article 5 fixe le montant du chiffre d'affaires à ne pas dépasser pour bénéficier du dispositif à deux fois – et non une fois, comme initialement prévu – le seuil de non-assujettissement à la CSG et la CRDS pour les travailleurs indépendants (8 978 € par an). En outre, les critères auxquels devront répondre les associations sont moins nombreux que dans le schéma initial : en effet, l'article 2 prévoit désormais seulement trois conditions (activité dans le champ de l'insertion et de l'accompagnement, indépendance, condition d'être à jour du paiement des cotisations de sécurité sociale). Les articles 3 et 5 précisent les modalités d'information des organismes consulaires ou des centres de formalités des entreprises au début et à la cessation de l'activité. L'article 6 prévoit que le régime de déclaration et de recouvrement des micro-entreprises est de droit.

Pour le reste, le projet de décret est conforme aux orientations annoncées dès l'automne dernier (*cf. supra*), notamment quant au rôle des associations (article 2), dont la rémunération au titre de l'accompagnement est limitée à 2 % du chiffre d'affaires des personnes exerçant les activités concernées, et à la durée maximale d'affiliation (article 4).

Une circulaire d'application décrira la procédure d'évaluation du dispositif, établira une liste des activités éligibles et précisera les conditions d'agrément des associations. Par ailleurs, un projet d'arrêté fixe à 5 % du chiffre d'affaires les cotisations d'assurances sociales, d'allocations familiales et d'accidents du travail qui seront dues au titre de ces activités.

B. LA GESTION DU RISQUE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 comporte trois articles relatifs à la comptabilité et à la gestion du risque qui appellent des textes d'application, relatifs le premier à la certification des comptes des organismes de sécurité sociale (**article 34**), le deuxième à l'amélioration de la performance de leur gestion (**article 101**) et le troisième au renforcement des moyens de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (**article 102**).

1. La certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale

L'**article 34** vise à compléter le dispositif législatif applicable à la certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale, introduit par les articles 64 de la loi de financement pour 2005 et 31 de la loi de financement pour 2006, venant eux-mêmes tirer les conséquences du principe de certification des comptes introduit l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions

financières, tel que résultant de la loi organique de 2005 relative aux lois de financement

Le **I** vise à permettre une réforme du cadre réglementaire de la gouvernance comptable. D'une part, il pose un principe d'harmonisation des règles d'établissement et d'arrêté des comptes annuels et des comptes combinés annuels de l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale. D'autre part, il prévoit que seront précisés par décret en Conseil d'État les rôles respectifs du directeur, de l'agent comptable et du conseil d'administration, permettant d'identifier les interlocuteurs successifs du certificateur (Cour des comptes pour les branches et les caisses du régime général, commissaires aux comptes pour les autres organismes nationaux de sécurité sociale et pour les organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes).

Par ailleurs, l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale dispose que ces comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins. Une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire précise les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes, auxquels les magistrats, conseillers maîtres en service extraordinaire et rapporteurs de la Cour des comptes peuvent demander tous renseignements sur les sociétés qu'ils contrôlent.

Par ailleurs, le **II** complète l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, afin d'assurer la circulation de l'information entre les commissaires aux comptes chargés de la certification des comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières (organismes nationaux, branches et activité de recouvrement du régime général), ainsi que de ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes, d'une part, et les autorités de tutelle ainsi que celles chargées de l'approbation des comptes annuels, d'autre part.

Selon les informations communiquées par le gouvernement au rapporteur, le décret en Conseil d'État prévu au **I** est en préparation. Nécessitant des consultations auprès des vingt-six régimes concernés, il ne serait toutefois pas publié avant la fin de l'année. Cela étant, ce retard n'est pas dommageable, dans la mesure où il serait alors en place pour la certification des comptes de 2008, qui n'interviendra qu'au printemps 2009.

2. L'amélioration de la performance de la gestion des organismes de sécurité sociale

L'**article 101** consiste en diverses mesures visant à améliorer la gestion des organismes de sécurité sociale, notamment en rationalisant l'application des règles des marchés publics qui leur est faite et en donnant davantage de moyens aux caisses nationales. Ces dispositions sont de nature à simplifier et à sécuriser

les procédures de marchés nationaux passés pour le compte des réseaux. Elles concourent à doter les branches d'instruments utiles à la réduction de leurs coûts de fonctionnement.

Le **I** propose de compléter les missions de l'Union des caisses nationales de sécurité sociales (UCANSS), qui assure depuis octobre 2005 le secrétariat de la commission centrale des marchés des organismes de sécurité sociale et gère un observatoire de l'achat, en lui confiant la fonction de centrale d'achat pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'ACOSS et des organismes locaux. Au sens de l'article 9 du code des marchés publics, une centrale d'achat est un pouvoir adjudicateur qui acquiert des fournitures ou des services destinés à des pouvoirs adjudicateurs ou passe des marchés publics ou conclut des accords-cadres de travaux, fournitures ou de services destinés à des pouvoirs adjudicateurs. Aux termes de l'article 1^{er} dudit code, les accords-cadres sont les contrats conclus entre un pouvoir adjudicateur et des opérateurs économiques publics ou privés, ayant pour objet d'établir les termes régissant les marchés à passer au cours d'une période donnée, notamment en ce qui concerne les prix et le cas échéant, les quantités envisagées.

Les charges de gestion liées à la fonction « achats » s'élevaient en 2006, au seul titre du régime général, à près de 2,5 milliards d'euros. En 2005, un rapport d'audit effectué par la mission d'évaluation des conventions d'objectifs et de gestion estimait à 9,7 % le montant des économies réalisables grâce à une optimisation de cette fonction. De ce point de vue, la passation de marchés nationaux pourra significativement contribuer à cette réduction des dépenses. Les marchés que l'UCANSS pourrait passer pour le compte des caisses nationales du régime général pourraient porter sur le papier, les fluides, l'électricité, les assurances et la flotte automobile (176 millions d'euros), la formation (40 millions d'euros) et les imprimés (10 millions d'euros). Les marchés d'informatique, de téléphonie, d'affranchissement, d'entretien et de nettoyage resteraient en revanche gérés, pour l'essentiel, à l'échelon des différentes branches, mais ils pourraient également, à moyen terme, être mutualisés à l'échelon interbranches voire interrégimes par l'UCANSS.

Le **II** prévoit que les caisses nationales, l'ACOSS et l'UCANSS pourront passer des marchés ou des accords-cadres pour leur propre compte ou celui des organismes locaux, prenant en compte les conséquences du remplacement, dans le nouveau code des marchés publics, du mécanisme des conventions de prix par celui des accords-cadres, qui permet de présélectionner des prestataires sur une période donnée et de les mettre en concurrence lors de la survenance du besoin. Si l'accord-cadre est attribué à plusieurs opérateurs économiques, les organismes locaux demeurent soumis, pour la passation des marchés subséquents, au respect du droit des marchés publics. Si l'accord-cadre n'est en revanche attribué qu'à un seul opérateur, ils ne sont pas soumis au respect de ces obligations, comme lorsqu'ils recouraient à l'ancien mécanisme de conventions de prix.

Le **III** transpose le dispositif du II à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

Le **IV** prévoit la soumission explicite au régime juridique applicable aux organismes de sécurité sociale en matière de marchés publics pour les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique financés majoritairement par ces organismes.

Enfin, le **V** tire les conséquences, dans les dispositions relatives aux conventions d'objectifs et de gestion de la fusion du fonds national de gestion administrative et du fonds national du contrôle médical de la CNAM, qui nécessitera par ailleurs la modification de nombreuses dispositions réglementaires. Cette fusion était justifiée par le fait que ces deux fonds financent en pratique le même type de dépenses (personnel, fonctionnement) et que leur consolidation permettra de faciliter la gestion des crédits correspondants. Grâce à la comptabilité analytique de la CNAM et aux dispositions de la convention d'objectifs et de gestion État-CNAM, le regroupement ainsi opéré n'en permettra pas moins, au regard des missions exercées par les praticiens-conseils, de garantir un suivi budgétaire et comptable spécifique des moyens qui leur sont consacrés.

L'article 16 d'un arrêté portant réglementation sur les marchés des organismes de sécurité sociale, en cours de signature, prévoit les modalités d'application des I et II. Il dispose que les organismes mentionnés qui ont recours à une centrale d'achat sont considérés comme ayant respecté leurs obligations en matière de publicité et de mise en concurrence pour autant que la centrale d'achat respecte les dispositions du code des marchés publics, de cet arrêté ou de l'ordonnance n° 2005-649 du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics, selon les règles qui lui sont applicables.

Par ailleurs, la fusion du fonds national de gestion administrative et du fonds national du contrôle médical de la CNAM mentionnée au V fera l'objet d'un « toilettage » réglementaire dans le cadre d'un décret en Conseil d'État relatif à la présentation des comptes de la CNAM : devant être publié au cours de l'automne prochain, ce décret vise à apporter une réponse aux critiques émises par la Cour des comptes au titre de la certification des comptes 2006 de la CNAM, demandant une réflexion sur les dispositions réglementaires de simplification des fonds techniques et budgétaires nationaux. Cela étant, la CNAM a d'ores et déjà mis en œuvre cette fusion dans sa présentation budgétaire et présente donc un budget de gestion unique en lieu et place des budgets distincts de chacun des deux fonds.

3. Le renforcement des moyens de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

L'**article 102** pose le cadre législatif de la restructuration que la mutualité sociale agricole (MSA) a entrepris de son réseau, suite au plan d'action stratégique adopté par l'assemblée générale centrale de la MSA le 22 juin 2006, qui définit

ses objectifs à l'horizon 2010, parallèlement à la (troisième) convention d'objectifs et de gestion, conclue pour la période 2006-2010.

L'un des quatre axes de ce plan consiste à « *faire reposer la gouvernance sur la capacité d'initiative des caisses du réseau, dans la cohérence et l'unité institutionnelle* ». Ainsi, afin de l'adapter aux évolutions démographiques, le réseau ne comprendra plus que trente-cinq « entreprises » à l'horizon 2010, selon des circonscriptions dont l'assemblée générale centrale de la MSA a approuvé la configuration. L'objectif a été de constituer des régions administratives de poids et de périmètre équilibrés prenant en compte le fait départemental, le respect des identités géographiques et culturelles, les équilibres économiques, les distances de trajet entre sites et la volonté de regrouper quatre départements au maximum, « *afin de permettre une présence politique suffisante et de garantir une certaine proximité* ».

Le **I** de l'article vise donc à renforcer les moyens de la CCMSA en matière de restructuration du réseau, conformément à la demande présentée en juin dernier par l'assemblée générale centrale de la MSA, qui a par ailleurs adopté la répartition en circonscriptions des trente-cinq futures caisses.

En effet, le droit en vigueur ne permettait pas à la CCMSA d'intervenir dans le processus de décision de la fusion, qui restait d'initiative locale. Afin d'inciter les caisses locales à respecter l'échéance de 2010, elle se voit désormais reconnaître un pouvoir de substitution à ceux de leurs conseils d'administration qui n'auront pas été en mesure de prendre les décisions nécessaires aux fusions. Le conseil central d'administration peut donc maintenant décider, sur proposition de l'assemblée générale centrale, la fusion de deux ou plusieurs caisses de MSA. Des dispositions ont également été prévues s'agissant de la date d'effet afin de prendre en compte la durée des mandats des membres des conseils d'administration des caisses concernées.

Enfin, le conseil central d'administration est habilité, en lieu et place des conseils d'administration des caisses concernées, à constituer en son sein, en tant que de besoin, une commission chargée de prendre toutes les mesures nécessaires à la mise en place de la nouvelle caisse et pouvant s'adjoindre des personnalités qualifiées, dont le rapporteur souhaitera qu'il soit précisé explicitement qu'elles sont désignées par le conseil central d'administration.

Le **II** complète les missions de la CCMSA en lui confiant la compétence de prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes, afin de mutualiser des missions qui ne nécessitent plus d'être réalisées par l'ensemble des organismes. A ainsi été inscrite dans la loi la fonction de « tête de réseau » que le plan d'action stratégique et la convention d'objectifs et de gestion assignent désormais à la CCMSA.

Le **III** participe de la même logique, en confiant à la CCMSA un pouvoir de contrôle sur les caisses départementales ou pluridépartementales ainsi que sur les associations et groupements de caisses, notamment au titre de la réalisation des objectifs fixés par la convention d'objectifs et de gestion, des dépenses de gestion administrative ou de la mise en œuvre des orientations de la gestion du risque. Sans préjudice du contrôle des opérations des organismes de mutualité sociale agricole exercé par les ministres chargés de l'agriculture et des finances, la CCMSA pourra en outre contrôler la régularité des opérations de liquidation des cotisations et des prestations par les caisses, dans la perspective de la certification des comptes combinés du régime agricole, qui interviendra pour la première fois en 2009.

Conformément aux dispositions de l'article L 723-13 du code rural résultant de ce III, le décret (simple) n° 2008-485 du 22 mai 2008 relatif aux contrôles de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole prévus par l'article L. 723-13 du code rural (*Journal officiel* du 24 mai 2008), insérant au sein de ce code six articles (D. 723-248 à D. 723-253), vient préciser les modalités selon lesquelles s'effectuent ces contrôles.

En vue de l'accomplissement de ces contrôles, le directeur général de la CCMSA peut avoir recours à des auditeurs qu'elle emploie ou demander le concours d'auditeurs employés par des caisses de MSA – hormis pour le contrôle de celle qui les emploie – ou bien encore celui d'auditeurs externes (article D. 723-248).

Chaque caisse fait l'objet d'un contrôle sur place selon une périodicité maximale fixée par délibération du conseil d'administration de la CCMSA. Ces contrôles sont organisés à partir d'un plan annuel d'audit et de contrôle établi par le directeur général. Il peut prévoir une périodicité de contrôle plus rapprochée pour les organismes dont les performances sont inférieures à la moyenne nationale, notamment dans la réalisation des objectifs des contrats personnalisés d'objectifs et de gestion. Le directeur général de la caisse centrale peut également décider de contrôles inopinés (article D. 723-249).

À cette fin, la CCMSA peut requérir des caisses contrôlées la communication sur place ou sur pièces de tous documents, pièces comptables et correspondances relatifs aux gestions administrative, financière ou technique de ces organismes (article D. 723-250). Une procédure contradictoire est mise en place : à l'issue de chaque contrôle, les caisses disposent d'un délai de trente jours à compter de la réception du rapport de contrôle pour présenter leurs remarques sur les constatations et observations formulées par les auditeurs. Les réponses de l'organisme assorties, le cas échéant, des observations des auditeurs sur ces dernières sont annexées au rapport de contrôle définitif, qui est remis au président et au directeur général de la CCMSA (article D. 723-251).

La CCMSA communique les observations qui résultent de ses contrôles au président du conseil d'administration et au directeur ou, à défaut, au dirigeant

responsable des caisses, qui les mettent à l'ordre du jour de leur instance délibérante. Lorsque les défaillances constatées le nécessitent, le directeur général de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole peut demander la mise en œuvre d'un plan de redressement dont il fixe les grandes lignes. Il en informe le conseil d'administration de la CCMSA. Il tient le conseil d'administration de la CCMSA régulièrement informé des résultats des contrôles effectués. Dans le délai fixé par la CCMSA, qui ne peut excéder trois mois, le président du conseil d'administration ou le dirigeant responsable est tenu de faire connaître les suites données aux observations formulées et, le cas échéant, à la demande de plan de redressement. Les procès-verbaux des délibérations correspondantes sont fournis à l'appui de la réponse du président du conseil d'administration. La CCMSA est informée régulièrement de la mise en œuvre du plan de redressement et de l'atteinte des objectifs qu'il comporte (article D. 723-252).

Enfin, la CCMSA peut contrôler les unions d'économie sociale, groupements d'intérêt économique ou sociétés civiles immobilières, dotés ou non de la personnalité morale, qui bénéficient d'un concours financier, octroyé par une ou plusieurs caisses. Dans les conditions prévues à l'article D. 723-250, le contrôle, effectué par les auditeurs mentionnés à l'article D. 723-248, porte sur l'ensemble des comptes et de la gestion de l'organisme vérifié. Toutefois, lorsque le concours financier est affecté à des dépenses déterminées, qu'il ne dépasse pas la moitié des ressources totales de l'organisme bénéficiaire et que son emploi fait l'objet d'un compte séparé, le contrôle se limite au compte d'emploi du concours financier que l'organisme doit établir. Si ce compte d'emploi n'est pas produit, le contrôle porte sur l'ensemble des comptes et de la gestion.

C. LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE ET LE TRAVAIL DISSIMULÉ

L'année 2008 a été marquée par plusieurs décisions importantes visant à renforcer la lutte contre la fraude. Au plan de l'organisation administrative, il convient de noter la création d'une délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF), instituée par le décret n° 2008-371 du 18 avril 2008. Placée auprès du ministre du budget, elle est chargée de coordonner l'intervention des services de l'État et d'articuler leur intervention avec celle des organismes sociaux.

Jusqu'à présent, la lutte contre la fraude reste segmentée et compartimentée : en 2007, par exemple seulement 4 % des redressements fiscaux ont été déclenchés suite à la transmission d'informations à l'administration fiscale par d'autres organismes publics ayant détectés des fraudes.

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, a assigné trois missions prioritaires à la DNLF :

- l'évaluation la plus objective possible de la fraude fiscale et sociale ;
- le développement des échanges d'informations entre administrations et organismes sociaux, l'interopérabilité et l'interconnexion des fichiers dans les

conditions prévues par la loi du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

– la définition, pour les différents organismes concernés, d'objectifs de performances et d'indicateurs d'intéressement aux résultats de la lutte contre la fraude.

Afin d'optimiser le partenariat et les échanges d'informations entre l'ensemble des organismes chargés de lutter contre la fraude, une convention a été signée le 3 avril 2008 entre l'État et les organismes de sécurité sociale (convention entre d'une part la direction générale des finances publiques, la direction de la législation fiscale et la direction de la sécurité sociale et, d'autre part, les principales caisses nationales de sécurité sociale – CNAMTS, CNAV, CNAF, ACOSS, RSI et CCMSA).

Cette convention a pour objet :

– de mettre en commun, les informations disponibles en vue de la détection et de la connaissance du phénomène de fraude ; ainsi, chaque partenaire s'engage dès qu'il a connaissance d'une fraude matériellement établie à en informer les partenaires concernés ; de même, lorsqu'une action judiciaire est engagée et que la fraude intéresse plusieurs partenaires, ces derniers s'engagent à communiquer toute information et document relatifs ;

– de faciliter les échanges de données entre les différents acteurs de la lutte contre la fraude ; ainsi, en fonction de ses besoins, chaque partenaire définira le niveau pertinent d'échange et de partage de données (national, régional ou départemental) et leurs modalités pratiques (supports, agents habilités...) ; chaque partenaire s'engage par ailleurs à favoriser la consultation directe de ses bases de données nationales par les parties signataires ;

– de mettre en place des programmes d'information et de formation des agents de chacun des organismes signataires ; chaque partenaire doit rendre accessible aux autres signataires, la documentation dont il dispose et fournir les informations relevant de son domaine de compétence ;

– de développer et utiliser des outils communs d'information afin de mutualiser les données que les usagers déclarent aux différentes administrations, notamment les informations concernant l'état civil, les ressources, la résidence en France.

Ces efforts de coordination des acteurs de la lutte antifraude ont été complétés par de nouveaux instruments juridiques introduits notamment par la dernière loi de financement de la sécurité sociale, au sein de laquelle, quatorze articles sont relatifs au contrôle et à la lutte contre la fraude. Huit d'entre eux sont d'application directe, une distinction devant être opérée, parmi les six appelant des mesures d'application, entre le renforcement du contrôle (**article 103**), la lutte contre la fraude proprement dite (**articles 106, 108, 110 et 115**) et la lutte contre le

travail dissimulé (**article 112**). Par ailleurs, quatre articles pouvant être considérés au sens strict comme d'application directe (**articles 105, 107, 109 et 111**) n'en appelleront pas moins des commentaires, compte tenu du suivi qu'ils nécessitent ou de leur articulation étroite avec d'autres dispositions de la loi de financement.

1. L'expérimentation concernant le renforcement du contrôle médical des arrêts de travail

Afin de renforcer la lutte contre les arrêts de travail non justifiés médicalement ainsi que la coordination entre les actions conduites par le service du contrôle médical et celles menées par les employeurs en application des dispositions de la loi du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation, l'**article 103** prévoit qu'une expérimentation soit engagée dans certaines caisses de sécurité sociale qui ont servi en 2006 un nombre d'indemnités journalières (IJ) par assuré supérieur à la moyenne nationale et qui figurent sur une liste fixe par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Dans le cadre de cette expérimentation, qui prendra fin le 31 décembre 2009, le constat médical de l'aptitude du salarié dans le cadre de la contre-visite patronale pourra ainsi entraîner une suspension des IJ servies par l'assurance maladie, avec l'accord du contrôle médical, l'assuré ayant toutefois la possibilité de demander un nouvel examen de sa situation. En outre et toujours à titre expérimental, l'organisme de prise en charge sera tenu de suspendre le service des IJ en cas de prescription d'un arrêt de travail faisant suite à une première décision de suspension des indemnités.

En application des dispositions prévues par la loi, le décret n° 2008-552 du 11 juin 2008 a fixé :

– à dix jours le délai pendant lequel l'assuré, après qu'il a été informé par sa caisse d'assurance maladie de la suspension du versement de ses IJ, peut demander à la caisse de saisir le service du contrôle médical pour qu'un nouvel examen de sa situation soit effectué, et à quatre jours le délai pendant lequel le service du contrôle médical est ensuite tenu de se prononcer ;

– à quatre jours le délai dont dispose le service du contrôle médical pour rendre son avis dans le cas où un arrêt de travail a été prescrit consécutivement à une décision de suspension des IJ.

À l'issue de cette expérimentation, le ministre chargé de la sécurité sociale transmettra au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport d'évaluation assorti des observations de caisses de sécurité sociale ayant participé à l'expérimentation.

2. La lutte contre la fraude

a) Le renforcement des pouvoirs des caisses nationales

Deux articles de la loi attribuent aux caisses nationales un rôle de coordination des organismes locaux pour organiser la lutte contre la fraude.

L'**article 105** de la loi complète l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale qui fait obligation aux directeurs des organismes de sécurité sociale de procéder à des contrôles lorsqu'ils disposent d'informations laissant présumer que des fraudes ont été commises.

Désormais, les caisses nationales disposeront de moyens pour piloter et coordonner la lutte contre la fraude de l'ensemble des caisses locales de leur branche. À cet effet, les organismes locaux de sécurité sociale ont obligation d'informer la caisse nationale dont ils dépendent des cas de fraudes qu'ils ont constatés et des suites qu'ils entendent leur donner. À défaut de plainte avec constitution de partie civile par l'organisme lésé, les organismes nationaux peuvent agir, en son nom et pour son compte, à l'expiration du délai d'un mois après une mise en demeure de l'organisme restée infructueuse.

Afin de lutter contre les réseaux de fraude organisée ayant des ramifications sur plusieurs régions, il est également prévu que les organismes nationaux puissent déposer plainte avec constitution de partie civile au nom et pour le compte d'un ou plusieurs organismes de sécurité sociale qui les mandatent à cette fin.

D'après les informations communiquées par le gouvernement, cet article peut être considéré comme d'application directe même s'il n'existe pas de pouvoir hiérarchique ni de pouvoir de tutelle des caisses nationales sur les caisses locales qui sont des personnes morales de droit privé.

En l'absence de texte réglementaire, les caisses nationales devront néanmoins définir des critères qui s'imposeront aux organismes locaux pour définir la notion de carence de la caisse locale suite à une fraude constatée, permettant à la caisse nationale de se substituer à la caisse qui a subi le préjudice, pour déposer plainte. De même, chaque branche de sécurité sociale devra définir une stratégie pour lutter contre les réseaux de fraude organisée et fixer les conditions dans lesquelles la caisse nationale pourra agir en justice par délégation des organismes de base.

Ce rôle de pilotage des caisses nationales a été réaffirmé par un autre article qui a été introduit dans la loi par un amendement présenté par le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'**article 109** prévoit ainsi que les trois caisses nationales du régime général, la caisse nationale du Régime social des indépendants et la Caisse centrale de mutualité sociale agricole mettent en œuvre ou coordonnent des actions de contrôle sur le service des prestations.

Les contrôles doivent avoir pour but de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Pour effectuer ces contrôles, les caisses nationales ont la possibilité d'utiliser les traitements automatisés des données relatives au service des prestations. Enfin, elles peuvent requérir la participation de leurs organismes régionaux ou locaux à ces actions. Cet article n'appelle pas de mesures réglementaires d'application.

b) La simplification du mode de renseignement des ressources des allocataires

L'article 106 de la loi permet de simplifier les obligations déclaratives des assurés bénéficiant des prestations familiales ou assimilées (c'est-à-dire celles versées par les caisses d'allocations familiales) et de renforcer les sanctions en cas de fraude aux prestations sociales ou de fausses déclarations.

Jusqu'à présent, pour l'obtention des prestations familiales, de l'allocation aux adultes handicapés, de l'allocation de logement et de l'aide personnalisée au logement, chaque demandeur doit déclarer ses ressources auprès des différents organismes concernés – caisses d'allocations familiales (CAF), caisses de la mutualité sociale agricole (MSA).

Des échanges de données existent entre les CAF et l'administration fiscale afin, dans le cadre des procédures de contrôle, de permettre aux CAF de vérifier, *a posteriori*, l'exactitude des déclarations des allocataires qui bénéficient de prestations sous conditions de ressources.

Cet article simplifie ces règles de contrôle des ressources en instituant une transmission des données fiscales *a priori* dès 2008. C'est pourquoi le II modifie la rédaction de l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale relatif aux prestations familiales, afin de substituer au mécanisme de déclaration des allocataires un système d'échange d'informations avec l'administration fiscale.

Toutefois, pour les allocataires qui ne font pas de déclaration de revenus à l'administration fiscale, soit environ 10 % d'entre eux, la procédure de déclaration de ressources auprès organismes débiteurs de prestations familiales est maintenue.

Les III à V de l'article étendent le mécanisme d'échange d'informations entre administration fiscale et organismes débiteurs de prestations familiales aux autres prestations (allocation aux adultes handicapés, allocation de logement et aide personnalisée au logement).

Selon les informations communiquées au rapporteur, un décret en Conseil d'État et un décret simple devraient être publiés très prochainement pour tirer les conséquences de la suppression de la déclaration de ressources faites par les allocataires. Plusieurs modifications des dispositions réglementaires du code de sécurité sociale sont en effet nécessaires pour procéder à l'attribution de prestations sous conditions de ressources sur la base des informations

communiquées par l'administration fiscale. Les principales modifications devraient avoir pour objet :

– de permettre aux caisses d'utiliser les données contenues dans la dernière déclaration de revenus souscrite par les allocataires, en fixant l'année $n-2$ comme année servant de référence aux ressources prises en compte pour la détermination et le calcul des droits des allocataires ;

– d'actualiser la base ressources sociales, d'une part en y intégrant les heures supplémentaires qui ne sont plus fiscalisées depuis le 1^{er} octobre 2007, et d'autre part, pour ce qui concerne spécifiquement la base ressources de l'allocation aux adultes handicapés, en majorant d'un coefficient de 0,8 certaines catégories de revenus pour neutraliser les incidences de la réforme fiscale liées à la suppression de l'abattement de 20 % ;

– de fixer au 1^{er} janvier la revalorisation des plafonds de ressources et le réexamen des droits des allocataires ;

– de supprimer de la base ressources des prestations familiales les majorations pour enfant des pensions vieillesse qui ne sont pas fiscalisées et que les services des impôts ne sont pas en mesure de récupérer pour les transmettre aux CAF ; toutefois, les indemnités journalières accidents du travail et maladies professionnelles, qui ne sont pas non plus fiscalisées, sont maintenues dans la base ressources, afin d'éviter de fait les incidences financières trop importantes qu'aurait entraînées leur suppression de cette base ressources.

Cet article comprend aussi des dispositions visant à renforcer la lutte contre la fraude en prévoyant que la fraude, la fausse déclaration ou la déclaration partielle faite auprès de l'administration fiscale ou des organismes de protection sociale ayant abouti au versement de prestations indues, exposent l'allocataire aux sanctions ou pénalités prévues aux articles L. 114-13 (amende de 5 000 euros) et L. 114-17 (pénalité administrative).

Même si le **II** de cet article renvoie à un décret pour préciser les modalités d'information des allocataires dont les déclarations font l'objet d'un contrôle, le gouvernement considère que ce paragraphe est d'application directe. En effet, un texte réglementaire, codifié à l'article D. 583-1 du code de la sécurité sociale et pris en application de l'article L. 583-3 dans son ancienne rédaction, prévoit que *« tout imprimé de demande de prestations familiales fait mention de la possibilité pour les organismes débiteurs de prestations familiales d'effectuer les vérifications et contrôles prévus par l'article L. 583-3 sur l'exactitude des déclarations faites aux organismes débiteurs de prestations familiales par les allocataires pour l'attribution desdites prestations »*. Ce principe général d'information préalable de l'allocataire sur la possibilité de contrôles de la part des organismes débiteurs de prestations familiales paraît donc suffisant.

c) La récupération des indus

L'**article 107**, portant modification de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, permet d'une part, de récupérer des indus auprès des professionnels et établissements de santé, d'autre part d'appliquer la prescription de droit commun lorsqu'une fraude est à l'origine de l'indu.

L'article L. 133-4 précité dispose qu'en cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation des actes, prestations et produits médicaux ou des frais de transport, l'organisme de prise en charge peut recouvrer l'indu auprès du professionnel de santé ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles.

Or une jurisprudence récente de la Cour de cassation, tout en visant cet article, a considéré que l'indu ne peut être récupéré qu'auprès de celui qui a effectivement perçu la somme en cause, c'est-à-dire l'assuré. Cet arrêt s'appuie sur les articles 1235 et 1376 du code civil. Cette jurisprudence posant problème aux caisses d'assurance maladie qui, jusqu'à maintenant, récupéraient les indus auprès des professionnels et établissements de santé, il a paru nécessaire de préciser explicitement à l'article L. 133-4 que l'indu peut être récupéré auprès des professionnels et établissements de santé, même si le remboursement a été effectué à l'assuré.

Selon les informations communiquées par le gouvernement, cet article est d'application directe mais le rapporteur estime nécessaire que lors de l'examen parlementaire du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, un bilan de sa mise en œuvre soit présenté par le gouvernement pour évaluer si les caisses d'assurance maladie ont bien été en mesure de recouvrer leurs créances.

d) La requalification des actes ayant pour objet d'éviter le paiement des charges sociales

L'**article 108** transpose en matière sociale les règles de l'article L. 64 du livre des procédures fiscales relatives à l'abus de droit, afin de permettre aux organismes de sécurité sociale de requalifier les actes ayant eu pour objectif le non-paiement des charges sociales et de définir la procédure permettant de déterminer les rémunérations qui n'ont pas été incluses dans l'assiette des cotisations.

Il s'agit ainsi harmoniser les législations fiscale et sociale en matière d'abus de droit.

Selon les informations communiquées au rapporteur, M. Olivier Fouquet, conseiller d'État, a été chargé par le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique d'une mission à ce sujet. Il devrait remettre ses conclusions au ministre fin juin 2008, ce qui devrait permettre de finaliser le décret et l'arrêté qui sont prévus pour adapter la notion d'abus de droit en matière de contributions sociales.

e) L'expérimentation d'un dispositif de suspension des prestations en cas de fraude

Résultant d'un amendement de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, l'**article 110** permet d'instaurer une nouvelle sanction de suspension des prestations en cas de fraude. Ce dispositif est centré (**I** de l'article) sur les allocations logement, afin de permettre de dresser un bilan de cette expérimentation, prévue sur deux ans, et de l'élargir éventuellement à d'autres prestations sociales.

En cas de fraude constatée, et lorsque celle-ci est supérieure à un seuil fixé à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, les organismes de sécurité sociale prendront une décision administrative de suppression du service des aides au logement. Cette suppression concerne les trois types d'aides : aide personnalisée au logement (article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation), allocation de logement familiale et allocation de logement sociale (articles L. 542-1 et L. 831-1 du code de la sécurité sociale), et ce pendant une année au plus à compter de ladite décision.

Par lettre ministérielle en date du 6 mai 2008, la direction de la sécurité sociale a donné des directives aux organismes chargés de payer les aides personnelles au logement de mettre en œuvre cette expérimentation. Cette circulaire apporte aussi des précisions sur la possibilité de cumuler la nouvelle mesure de suspension des prestations avec une poursuite pénale ou une sanction administrative de pénalité financière. Afin de pouvoir présenter au Parlement un rapport d'évaluation de la mise en œuvre de cette expérimentation avant le 30 juin 2009, le ministère demande aux organismes payeurs de lui adresser des éléments statistiques sur l'application de cette mesure pour le 15 septembre 2008.

Le **II** de cet article prévoit par ailleurs d'étendre la procédure de pénalité administrative, prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, aux bénéficiaires de la CMU complémentaire qui ne respectent pas leurs obligations déclaratives vis-à-vis de l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent ou qui minorent le montant de leurs ressources.

D'après les éléments d'information communiqués au rapporteur, un décret en Conseil d'État, dont la parution est prévue pour la fin juillet 2008, devrait préciser la nature des infractions susceptibles de justifier cette pénalité financière et l'autorité administrative habilitée à prendre cette décision de sanction.

f) L'accès des centres communaux d'action sociale au répertoire national commun relatif aux bénéficiaires des prestations sociales

Suite à une préconisation de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS)⁽¹⁾, l'article 138 de la loi de

(1) Rapport d'information (n° 2680) de M. Jean-Pierre Door sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale (16 novembre 2005).

financement de la sécurité sociale pour 2007 a créé le répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale. Cette mesure figure à l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, qui prévoit la participation directe de certains organismes sociaux à ce répertoire, ainsi que l'accès des organismes de la branche recouvrement du régime général, dans le cadre de l'exercice de leurs missions, et celui des collectivités territoriales, pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale.

Dans le cadre du renforcement de la lutte contre la fraude, l'**article 111** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a étendu l'accès à ce répertoire à une troisième catégorie d'organismes : les centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS/CIAS).

La création de ce fichier national interrégimes a pour objectif de faciliter les contrôles sur l'identification des assurés sociaux et de vérifier qu'un même assuré social n'est pas affilié frauduleusement à plusieurs organismes locaux de sécurité sociale couvrant le même risque. Il devrait être construit à partir du fichier existant dit « Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie » (articles R. 161-34 et suivants du code de la sécurité sociale).

Le rapporteur s'étonne qu'un article de la loi de financement pour 2007 n'ait encore à ce jour fait l'objet d'aucune mesure d'application alors que la création de ce répertoire national constitue un outil très important pour l'efficacité de la lutte contre la fraude. Sans méconnaître les difficultés techniques de constituer un fichier national regroupant les informations nominatives (n° INSEE, état civil, adresse, organismes sociaux d'affiliation...) de l'ensemble des assurés sociaux, il n'en demeure pas moins que les parlementaires doivent être informés de l'état d'avancement de ce grand chantier informatique et notamment de l'avis de la CNIL à ce sujet. Le rapporteur aimerait se voir confirmer que le décret et le schéma technique portant création de ce répertoire seraient en cours de finalisation pour permettre un lancement opérationnel au début de l'année 2009.

g) Le droit de communication

L'**article 115** a élargi le droit de communication dont disposent les organismes de sécurité sociale pour contrôler les conditions d'ouverture des droits, le service des prestations, l'application de la législation sociale par les employeurs pour le recouvrement des cotisations sociales et la lutte contre le travail dissimulé. Jusqu'à présent, ce droit de communication s'exerçait soit entre organismes de sécurité sociale, soit avec l'administration fiscale.

Les nouveaux articles L. 114-19 à L. 114-21 du code de la sécurité sociale, introduits par l'article 115 de la loi de financement, visent à calquer autant que possible les prérogatives accordées aux agents des organismes de sécurité sociale sur celles dont disposent les agents de l'administration fiscale et transposent donc avec quelques aménagements les dispositions du livre des procédures fiscales

relatives aux conditions d'exercice du droit de communication des agents de l'administration fiscale (section 1 du livre II du chapitre II du titre II de ce code).

Il sera désormais possible aux organismes de sécurité sociale d'obtenir des informations et des documents auprès d'un certain nombre d'organismes ou d'entreprises comme notamment les établissements bancaires, les fournisseurs d'énergie et les opérateurs de téléphonie mobile, sans que le secret professionnel ne puisse leur être opposé.

Les conditions d'application de cette extension du droit de communication ont été précisées par une circulaire de la direction de la sécurité sociale (n° DSS/5C/2008/61) du 20 février 2008.

Cette circulaire dresse d'abord la liste des organismes visés par le livre des procédures fiscales auprès desquels les organismes de sécurité sociale peuvent exercer un droit de communication et précise la nature des informations susceptibles d'être demandées (informations différentes selon que l'organisme verse des prestations ou est chargé du recouvrement des cotisations sociales).

Le droit de communication peut par exemple avoir pour objet de connaître les ressources réelles d'un assuré ou d'un cotisant et s'exercer auprès des banques ; il peut également viser à contrôler la réalité des informations relevées dans la comptabilité d'un cotisant en s'adressant à ses fournisseurs ou à ses clients pour recouper les informations comptables ou encore à contrôler l'adresse d'un assuré ou le volume d'activité d'un cotisant en demandant des informations auprès des fournisseurs d'énergie, des entreprises de transport ou des sociétés de poste et de messagerie.

La circulaire pose le principe de l'obligation de la demande préalable auprès de l'assuré ou du cotisant de l'information recherchée mais les organismes peuvent directement faire valoir leur droit à communication auprès du tiers dépositaire de l'information si l'allocataire ou le cotisant ont refusé de répondre, si les pièces justificatives sont contradictoires ou s'il existe une présomption de fraude ou de travail dissimulé.

Le droit de communication peut s'exercer soit par une demande écrite auprès du tiers, soit par une visite sur place des agents de contrôle des organismes de sécurité sociale qui doivent alors informer préalablement le tiers de l'objet et de la date de cette visite. La circulaire précise explicitement qu'aucun échange d'information par voie dématérialisée ne doit être mis en œuvre et qu'aucun fichier ne doit être constitué pour l'exercice du droit de communication. Les informations sont simplement recueillies par remise de photocopies.

La circulaire apporte aussi des précisions sur l'utilisation des informations ainsi recueillies auprès des tiers.

Après l'exercice de son droit à communication, l'organisme de sécurité sociale doit informer l'assuré ou le cotisant qu'il a recouru à cette procédure et que

les informations ainsi recueillies risquent de remettre en cause le service des prestations ou d'entraîner l'application de sanctions. La personne mise en cause dispose alors d'un délai de quinze jours pour faire valoir ses explications au sujet des informations recueillies auprès des tiers. À l'issue de cette procédure contradictoire, l'organisme de sécurité sociale est en droit de remettre en cause le service de la prestation et de procéder s'il y a lieu au recouvrement de l'indu de prestation.

3. La lutte contre le travail dissimulé

L'**article 112** vise à renforcer la lutte contre le travail dissimulé en mettant en place deux mesures complémentaires.

Les **I** et **II** instaurent une base forfaitaire de redressement en matière de travail dissimulé, égale à six mois de salaire minimum. Cette assiette est alors détachée de la rémunération effective qu'a reçue le salarié dissimulé. Elle ne s'applique qu'à défaut de preuve contraire. Ainsi, à la différence du dispositif antérieurement en vigueur, c'est désormais l'employeur qui doit prouver qu'il n'a pas versé cette rémunération. Les organismes chargés du recouvrement se voient en outre reconnaître par la loi la faculté d'opérer une action de mise en recouvrement sur la base des informations des procès-verbaux qui leur sont transmis par d'autres organes luttant contre le travail dissimulé.

Suivant sa commission des affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale avait adopté un amendement visant, pour le régime général, à dissocier la sanction de l'employeur de la validation des droits de l'employé en matière d'assurance vieillesse. En effet, la rémunération ainsi reconstituée sur la base de six mois de salaire minimum représente l'assiette des cotisations sur laquelle sera calculée la pension de retraite. Il est donc apparu préférable qu'un décret en Conseil d'État spécifie comment sont pris en compte les droits de l'employé suite à un redressement forfaitaire pour travail dissimulé. Il revient également à ce décret de préciser cette procédure spécifique de recouvrement, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire. Le Sénat a ensuite coordonné et étendu ce dispositif au régime agricole.

Les **III**, **IV** et **V** permettent par ailleurs une transmission systématique des procès-verbaux des agents de contrôle chargés de la lutte contre le travail dissimulé aux organismes de recouvrement, qui peuvent, sur cette base, effectuer la mise en recouvrement des redressements.

Enfin, le **VI**, introduit par un amendement de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, facilite l'évaluation des montants d'exonération de cotisations à annuler suite au constat d'un délit de travail dissimulé, cette annulation étant plafonnée à un montant fixé à 45 000 € par l'article D. 133-3 du code de la sécurité sociale.

Le décret en Conseil d'État prévu par les I et II respectivement pour le régime général (code de la sécurité sociale) et le régime agricole (code rural) a été publié au *Journal officiel* du 13 juin 2008 (décret n° 2008-553 du 11 juin 2008 relatif au redressement d'assiette appliqué en cas de travail dissimulé pour le calcul des cotisations de sécurité sociale) :

– il vise à aligner les modalités de recouvrement du nouveau redressement forfaitaire sur celles actuellement en vigueur pour l'annulation des exonérations, établissant ainsi le caractère contradictoire de la procédure et permettant à l'employeur de fournir d'éventuelles observations que l'URSSAF ou la MSA prend en compte dans la notification du montant à recouvrer. Sont également garanties les mêmes voies de recours que pour le recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale ;

– il instaure un plafond spécifique pour le calcul de la cotisation vieillesse et de la cotisation au Fonds national d'aide au logement. Ce plafond est fixé à six mois, afin de conserver au redressement forfaitaire son caractère dissuasif : de fait, l'ensemble des cotisations se trouve ainsi déplafonné (nouveaux articles R. 242-2-1 du code de la sécurité sociale et R. 741-42-1 du code rural) ;

– il précise le montant retenu pour la validation et le calcul des droits sociaux du salarié concerné par le constat de travail dissimulé lorsque le redressement forfaitaire est mis en recouvrement. Dans le souci à la fois de tirer les conséquences du constat de travail dissimulé, c'est-à-dire l'ouverture de droits sociaux, mais aussi de ne pas valider de droits non justifiés, le montant retenu est fixé à une fois la rémunération mensuelle pour les assurances sociales (nouveaux articles R. 313-3-1 et R. 341-6-1 du code de la sécurité sociale et R. 751-48-1 du code rural) et à deux fois cette rémunération pour l'assurance vieillesse (articles R. 351-11 du code de la sécurité sociale et R. 742-22 du code rural).

II.- L'ASSURANCE MALADIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 comporte 41 articles concernant spécifiquement les dépenses d'assurance maladie, dont 2 figurent dans sa deuxième partie relative à l'année 2007 et 39 dans la section 1 de sa quatrième partie réunissant les dispositions relatives aux dépenses pour 2008 (6 articles du texte adopté définitivement par le Parlement, le 23 novembre 2007, ayant été déclarés contraires à la Constitution par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 13 décembre 2007).

• *Sur les 41 articles en cause, 19 ne nécessitent la parution d'aucun texte réglementaire et sont entrés en vigueur dès le lendemain de la promulgation de la loi.*

– C'est tout d'abord le cas des articles ayant pour objet, comme chaque année, de fixer les montants des objectifs de dépenses ou des dotations à divers organismes, soit, pour 2007, ceux prévoyant la diminution de la dotation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de son plafond de dépenses (**article 5**) et la rectification du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de sa ventilation (**article 7**). Pour l'année 2008, sont concernés les articles ayant pour objet de fixer : le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (**article 60**) ; la contribution financière des établissements de santé à la Haute autorité de santé (**article 61**) ; la dotation du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et son plafond de dépenses (**article 74**) ; les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (**article 75**) ; le montant et la décomposition de l'ONDAM (**article 76**) ; la dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) (**article 77**) ; la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaire (EPRUS) (**article 78**).

– En outre, de nombreux articles de la loi, également d'application directe, prévoyaient des mesures telles que : la modification de la procédure d'alerte et des modalités d'entrée en vigueur des accords de revalorisations tarifaires (**article 36**) ; le remboursement des transports en taxi sous réserve de la conclusion d'une convention entre les entreprises de taxi et l'assurance maladie, conforme à une convention-type établie par décision du directeur de l'UNCAM⁽¹⁾ (**article 38**) ; la prise en compte du critère médico-économique dans les avis et recommandations de la Haute autorité de santé (**article 41**) ; la délivrance par les pharmaciens des grands conditionnements lorsqu'un traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois et qu'il en existe pour le médicament ou sa forme générique (**article 53**) ; la remise au plus tard le 15 octobre 2009 d'un rapport au

(1) *La concertation avec les organisations syndicales professionnelles les plus représentatives du secteur a commencé dès janvier 2008 et pourrait aboutir prochainement à l'adoption de la convention-type.*

Parlement sur l'expérimentation de la tarification à l'activité pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation (**article 63**) ; l'imputation des dépenses afférentes aux prescriptions assurées par des professionnels de santé exerçant en ville sur le budget des établissements de santé dans le cas où ces dépenses ont été prescrites sans mention du numéro personnel d'identification du médecin mentionné à l'article L. 162-5-15 du code de la sécurité sociale (**article 65**) ; la possibilité pour les groupements de coopération sociale et médico-sociale de bénéficier de l'agrément « services à la personne » au titre de leur activité d'aide à domicile et des avantages sociaux et fiscaux qui y sont attachés (**article 70**) ; l'extension des compétences du Fonds pour l'emploi hospitalier (**article 79**).

C'est également le cas des dispositions relatives au dépistage et à la vaccination, anonymes et gratuits, des hépatites virales dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), dont une circulaire de la ministre de la santé du 28 février 2008 ⁽¹⁾ a précisé les modalités de mise en œuvre (**article 72**), ainsi que des conditions d'autorisation des campagnes publicitaires pour des vaccins obligatoires ou recommandés, sous la forme de messages télévisuels ou radiodiffusés, dès lors qu'elles sont assorties des mentions minimales obligatoires définies par le Haut conseil de la santé publique (**article 73**).

• *Par ailleurs, la mise en application de plusieurs dispositions de la loi, dont trois articles en totalité, ne requiert pas l'adoption d'un décret ou d'un arrêté mais celle d'un accord conventionnel.*

Plusieurs dispositions de la loi renvoient à une décision de l'UNCAM ou à un accord conventionnel entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des professionnels de santé concernés la définition de certaines de leurs modalités d'application. C'est le cas notamment de trois articles, qui sont considérés comme étant d'application directe par le gouvernement mais nécessitent, et exclusivement, l'adoption de telles mesures conventionnelles. Tel est le cas pour :

– la contribution forfaitaire aux frais de gestion des professionnels n'assurant pas une transmission électronique des feuilles de soins, dont le montant doit être déterminé par les partenaires conventionnels ou, à défaut, par le directeur de l'UNCAM au terme d'un délai de douze mois (**article 45**) ;

– les mesures conventionnelles visant à favoriser une répartition géographique plus équilibrée des professionnels de santé (**articles 47 et 48**, l'article 46 de la loi renvoyant, en sus des dispositions conventionnelles applicables aux infirmiers, à la parution de deux arrêtés).

Si aucune de ces mesures n'a à ce jour été prise, les négociations n'ayant pas encore été ouvertes entre les partenaires conventionnels, le rapporteur observe cependant que le Conseil de l'UNCAM a adopté le jeudi 12 juin dernier ses

(1) Circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 relative à la mise en place des CSAPA et des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie.

orientations concernant les négociations conventionnelles pour 2008, et que son directeur dispose donc désormais d'un mandat clair pour les conduire.

• *Enfin, 19 articles concernant les dépenses d'assurance maladie pour 2008 nécessitaient la parution d'un ou de plusieurs textes réglementaires.*

Or, qu'il s'agisse des dispositions relatives aux conditions d'exercice des professionnels de santé, aux modalités de prise en charge des prestations d'assurance maladie et de maternité, au renforcement de la qualité et de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire ou encore aux établissements de santé et médico-sociaux, une très grande partie d'entre elles n'a toujours pas reçu la traduction réglementaire nécessaire à leur mise en application.

En effet, sur les 36 textes réglementaires prévus par la loi ou jugés nécessaires à son application par le gouvernement, seuls 7 textes réglementaires (dont 4 décrets et 3 arrêtés) et trois circulaires ont à ce jour été publiés. À l'exception du décret relatif au dossier médical personnel (DMP), la publication de la plupart d'entre eux pourrait toutefois intervenir prochainement.

A. LES CONDITIONS D'EXERCICE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

1. L'amélioration des pratiques

a) Le développement de la coopération interprofessionnelle

L'article 40 de la loi permet aux infirmiers d'effectuer, sans prescription médicale, certaines vaccinations dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation doivent être déterminées par un décret en Conseil d'État, pris après avis du Haut conseil de la santé publique (HCSP). Il s'agit ainsi de faciliter l'accès aux soins, de revaloriser la profession d'infirmier mais aussi de générer une économie pour l'assurance maladie.

Selon les informations communiquées par le ministère de la santé, un décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier a ainsi été examiné par le Conseil d'État, le 3 juin 2008, suite à l'avis unanimement favorable rendu par le HCSP le 19 mars dernier⁽¹⁾. Conformément à ce qui avait été annoncé par le gouvernement lors de l'examen parlementaire du projet de loi de financement, ce texte concernerait uniquement la possibilité pour les infirmiers d'effectuer la vaccination antigrippale, à l'exception toutefois de la première injection du vaccin qui devra continuer à être prescrite par un médecin afin qu'il détermine si l'état de santé du patient est compatible avec la vaccination, notamment sur le plan allergique.

(1) L'avis du Haut conseil de la santé publique est disponible en ligne à l'adresse suivante : http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/avisrapports/hcspa20080319_Grippe.pdf.

Un second décret en Conseil d'État est également en cours de signature afin de permettre la prise en charge à 100 % du vaccin sans prescription du médecin pour certains assurés, en particulier ceux atteints d'une affection de longue durée ou âgés de plus de 65 ans. Des actions d'information pourraient par ailleurs être organisées auprès des professionnels et des patients afin de mieux faire connaître ce dispositif, qui devrait ainsi être pleinement opérationnel pour la prochaine campagne vaccinale à l'automne prochain.

b) La possibilité pour les médecins d'adhérer à des contrats comportant des objectifs individualisés d'amélioration des pratiques

Le I de l'**article 43** de la loi permet aux organismes locaux d'assurance maladie de proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé de leur ressort d'adhérer à un contrat comportant des engagements individualisés portant par exemple sur la prescription, la formation, la participation à des actions de dépistage et de prévention ou encore à la permanence des soins. Ce contrat, souscrit sur la base du volontariat, déterminera également les contreparties financières liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de la santé.

Ces contrats devront être conformes à un contrat-type élaboré par l'UNCAM, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et des syndicats signataires de la convention médicale. Élaboré en concertation avec la Haute autorité de santé, le Conseil national de l'ordre des médecins et l'Académie de médecine, puisqu'il comporterait des indicateurs et des objectifs de maîtrise médicalisée mais aussi de santé publique et de prévention, ce contrat-type est actuellement en cours de finalisation et pourrait être soumis à concertation avant la fin juin.

Aux termes de la loi, le contrat-type doit ensuite être transmis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui pourront s'y opposer dans un délai fixé par un décret. Ce dernier, en cours de contresoin et dont la publication pourrait intervenir d'ici quelques jours, fixerait ainsi à un mois ce délai d'opposition. Concrètement, après concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, ces contrats individuels pourraient donc être proposés aux médecins avant la fin de l'automne prochain.

Par ailleurs, les dispositions du même article 43 prévoyant que les conventions médicales comportent des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique (**II**) et que les engagements conventionnels sur les dépenses liées aux prescriptions soient exprimés en volume (**III**) sont toutes deux d'application directe.

2. Les conditions de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins

a) *Le renforcement de l'information des assurés et du contrôle des caisses d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires*

Afin de renforcer la transparence sur les pratiques tarifaires des professionnels de santé, l'**article 39** comporte deux mesures, codifiées à l'article L. 1111-3 du code de la santé publique :

– En premier lieu, il est prévu qu'un décret en Conseil d'État détermine les modalités de mise en œuvre de l'obligation pour le professionnel d'afficher les informations relatives à ses honoraires de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ainsi que les sanctions encourues en cas de non-respect de ces dispositions. Selon les informations communiquées par le ministère de la santé, le Conseil national de la consommation (CNC) a été saisi pour avis d'un projet de décret en ce sens, sa publication étant prévue au plus tôt pour le mois de juillet prochain.

– En second lieu, il est prévu que les professionnels remettent à leur patient une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé dès lors que ses honoraires dépassent un seuil fixé par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale, sauf s'il prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure, auquel cas il est tenu de remettre cette information préalable, y compris si ses honoraires sont inférieurs au seuil fixé par l'arrêté. L'inobservation de cette obligation peut faire l'objet d'une pénalité financière égale au dépassement facturé, mise en œuvre selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

À ce jour, le rapporteur regrette que cet arrêté n'ait toujours pas été publié : selon le ministère de la santé, la concertation se poursuit sur ce sujet, la commission de réglementation du Conseil de la CNAMTS ayant émis un avis défavorable en mai dernier sur un projet d'arrêté fixant ce seuil à 80 euros, le jugeant trop élevé.

Par ailleurs, l'**article 51** de la loi ouvre la possibilité aux directeurs des caisses primaires d'assurance maladie de prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un professionnel en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale et de l'article L. 1111-3 précité, relatif à l'information écrite préalable, « *ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure* ». Comme l'a indiqué la ministre chargée de la santé, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, lors de la séance publique du Sénat du 14 novembre 2007, l'objectif poursuivi par ces dispositions est d'« *assurer une meilleure protection des assurés contre les pratiques abusives de quelques médecins qui ne respectent pas leurs obligations déontologiques en facturant des dépassements d'honoraires en dehors de tout tact et de toute mesure* ».

Cette mesure n'a cependant pas encore reçu d'application car elle nécessite la parution d'un décret en Conseil d'État ayant pour objet de réformer la

procédure des pénalités, qui est actuellement en cours de préparation et dont la publication pourrait intervenir à l'automne prochain.

Enfin, s'agissant de l'**article 50** de la loi, un décret est également en préparation afin de déterminer la présentation et les éléments obligatoires du « *devis normalisé, comportant le prix de vente hors taxes de l'appareillage proposé, incluant la fourniture du produit et précisant les prestations indissociables d'adaptation* », que les audioprothésistes seront tenus de remettre à l'assuré ou à son ayant droit avant la conclusion du contrat de vente. Le 30 mai 2008, une concertation a été engagée avec des représentants des audioprothésistes et des associations de patients sur ce projet de décret, qui pourrait être publié d'ici à la fin du mois de juin.

b) Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération et de financement de la permanence des soins

En application de l'**article 44**, deux décrets sont en cours de préparation afin de préciser les modalités de mise en œuvre des expérimentations qui pourront être conduites par les missions régionales de santé (MRS), pendant une durée limitée à cinq ans, concernant :

– d'une part, de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement des centres ou des maisons de santé, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, ce décret ne pouvant être pris qu'après avis de l'UNCAM, de l'UNOCAM ainsi que des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés ;

– d'autre part, le montant et les modalités des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins (PDS) ainsi que le financement des actions et des structures concourant à l'amélioration de la PDS, en particulier les maisons médicales de garde, les centres de santé et, le cas échéant, les établissements de santé ; à cette fin, les MRS se verront déléguer les crédits nécessaires par le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui précisera les limites dans lesquelles les MRS fixeront les montants des rémunérations des médecins assurant la PDS ; il est par ailleurs précisé que le Conseil national de l'ordre des médecins ainsi que les syndicats représentatifs des médecins devront être saisis pour avis de ce texte d'application.

Actuellement en préparation, ces deux décrets nécessitent donc de nombreuses consultations, en particulier avec l'UNCAM et l'ensemble des syndicats des professionnels concernés. Leur publication pourrait néanmoins intervenir au cours de l'été. Les MRS seront par ailleurs chargées de réaliser une évaluation annuelle de ces expérimentations, qui sera transmise au Parlement.

En revanche, il n'est pas apparu nécessaire de préciser par voie réglementaire les missions ou le fonctionnement des maisons de santé instituées par le même article de la loi. À cet égard, le rapporteur se félicite du soutien annoncé

par la ministre chargée de la santé à la création de 100 maisons de santé en 2008, pour un montant total de cinq millions d'euros, prélevés sur les crédits du FIQCS.

3. La restructuration du réseau des officines de pharmacie

L'**article 59** de la loi vise à restructurer le réseau des officines de pharmacie afin d'assurer une meilleure répartition nationale des points de vente au détail de médicaments en fonction de la démographie. La réforme a pour objectif de rompre avec l'approche très locale de gestion du réseau qui conduisait à des créations automatiques d'officines après chaque recensement communal. Un système de gestion à effectif quasi constant à l'échelle nationale, privilégiant les transferts et les regroupements, est mis en place selon les modalités suivantes :

– Dans les communes ayant au moins 2 500 habitants et qui sont dépourvues d'officine, une ouverture ne peut être autorisée que par voie de transfert d'une officine installée dans une autre commune ;

– Dans les communes d'au moins 2 500 habitants disposant d'au moins une officine, l'ouverture d'une nouvelle officine peut être autorisée à raison d'une autorisation par tranche complète de 3 500 habitants recensés, mais cette ouverture doit se faire par voie de transfert ou de regroupement ;

– Dans les communes de moins de 2 500 habitants qui viennent à perdre leur dernière officine à la suite d'une cessation définitive d'activité, l'installation d'une officine peut être autorisée par voie de transfert, à condition que la population desservie par cette officine soit au moins égale à 2 500 habitants ;

– Dans tous les cas, une ouverture par voie de création ne peut être autorisée que dans les communes dépourvues d'officine et dans les zones franches urbaines, les zones urbaines sensibles, les zones de redynamisation urbaine ou les zones de revitalisation rurale.

– En outre, deux conditions doivent être réunies pour la délivrance d'une licence : premièrement, les seuils de population de 2 500 ou 3 500 habitants doivent être vérifiés depuis au moins deux ans à compter de la publication d'un recensement général ou d'un recensement complémentaire de l'INSEE ; deuxièmement, aucune décision autorisant cette ouverture ne doit avoir été prise dans ce délai de deux ans par voie de transfert ou de regroupement ;

– À titre transitoire, les ouvertures d'officine par voie de création sont gelées pendant une durée de deux ans à compter du 1^{er} janvier 2008 pour tenir compte des variations de population recensée les plus récentes. Toutefois les demandes complètes de création, de transfert ou de regroupement reçues par les préfets à la date du 23 novembre 2007 peuvent être acceptées.

En outre, les transferts et les regroupements d'officines peuvent être opérés d'un département à un autre sans limite de distance, par décision conjointe des préfets des départements concernés. L'opération ne doit cependant pas avoir

pour effet de « *compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine* » (I de l'article).

Ces dispositions sont d'application directe mais elles imposent de modifier, par coordination, deux dispositions de la partie réglementaire du code de la santé publique : l'article R. 5125-6 sur les règles de priorité entre les demandes de création, de transfert et de regroupement d'officines ; l'article R. 5125-8 afin de supprimer la limitation aux départements limitrophes de la création ou du transfert d'une officine qui y est visée.

Par ailleurs, le X de l'article a abrogé l'article L. 5125-12 du code de la santé publique organisant la desserte en pharmacie des communes de moins de 2 500 habitants selon des modalités arrêtées par le préfet après avis d'une commission départementale et s'appuyant sur une carte départementale de chalandise. Cette mesure nécessite d'abroger les articles R. 5125-31 à R. 5125-33 du même code.

B. LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS D'ASSURANCE MALADIE ET DE MATERNITÉ

1. Les franchises sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux

- *Le décret du 26 décembre 2007*

Les modalités de mise en œuvre des franchises instituées par le III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, tel qu'issu de l'article 52 de la loi, ont été précisées par le décret n° 2007-1937 en date du 26 décembre 2007, soit cinq jours après la promulgation de celle-ci.

Conformément aux engagements pris par le gouvernement lors de l'examen parlementaire du projet de loi de financement ainsi qu'à la réserve d'interprétation posée par le Conseil constitutionnel ⁽¹⁾, le montant de la franchise a été fixé de la façon suivante : 50 centimes d'euros par unité de conditionnement de médicament (boîte ou flacon par exemple), à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ; 50 centimes d'euros pour chaque acte effectué par un auxiliaire médical, excepté ceux pratiqués au cours d'une hospitalisation ; 2 euros par transport sanitaire, ce montant s'appliquant à chaque trajet, sauf s'il s'agit de transports d'urgence.

Applicable depuis le 1^{er} janvier 2008, la franchise est en pratique déduite au fur et à mesure des remboursements par la sécurité sociale. Si l'assuré bénéficie du tiers payant, la franchise est déduite des premières prestations qui lui seront

(1) Dans sa décision n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007, le Conseil a en effet considéré que « le montant de la franchise et le niveau des plafonds devront être fixés de façon telle que ne soient pas remises en cause les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 », aux termes duquel « la Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé ».

versées ultérieurement par sa caisse d'assurance maladie. Le décret du 26 décembre 2007 prévoit par ailleurs que pour un produit ou un acte donné, le montant de la franchise ne peut excéder celui de la différence entre le tarif de la sécurité sociale (soit la base de remboursement) et celui du ticket modérateur. Ainsi, pour un médicament dont le reste à charge est de 30 centimes d'euros, la franchise sera du même montant.

Le décret précité a également fixé les montants des différents plafonds institués par la loi afin de limiter l'impact de la franchise sur les personnes les plus malades. Ainsi, son montant ne pourra excéder : 50 euros par an pour l'ensemble des actes et prestations concernés, 2 euros par jour pour les actes paramédicaux et 4 euros par jour pour les transports. Il convient par ailleurs de rappeler que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les mineurs ainsi que les femmes enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité en sont exonérés.

• *La publication à venir d'un rapport au Parlement sur l'utilisation des franchises*

Avec un rendement annuel estimé à 850 millions d'euros, les franchises permettront de financer trois chantiers prioritaires de santé publique : la poursuite du plan Alzheimer et du plan national de lutte contre le cancer ainsi que le développement des soins palliatifs.

À l'initiative de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, l'**article 52** de la loi prévoit qu'un rapport présenté chaque année au Parlement précise les conditions dans lesquelles les montants correspondant aux franchises ont été utilisés. Selon le gouvernement, ce rapport devrait être publié à l'automne prochain. Il permettra ainsi d'assurer toute la transparence en la matière et de répondre aux inquiétudes qui ont pu se faire jour concernant l'affectation des franchises médicales.

2. Les dispositions diverses visant à harmoniser les prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale

L'**article 57** comporte différentes dispositions concernant les prestations de l'assurance maladie et de l'assurance maternité des différents régimes de sécurité sociale.

Le **I** a introduit un nouvel article L. 172-1 A dans le code de la sécurité sociale pour mettre en œuvre un mécanisme global de coordination interrégimes pour les régimes d'assurance maladie et maternité. Cet article a une portée particulièrement extensive puisqu'il vise à instaurer un principe de coordination entre tous les régimes obligatoires de sécurité sociale y compris ceux relevant du code rural (régime des salariés agricoles et régime des exploitants agricoles). Ce principe de coordination permet, pour apprécier les conditions d'ouverture de droits aux prestations en nature et en espèces, de prendre en compte les périodes

d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de travail effectuées quel que soit le régime d'affiliation.

Selon les informations communiquées par le gouvernement au rapporteur, le décret en Conseil d'État est en préparation et fait actuellement l'objet d'échanges techniques entre la direction de la sécurité sociale et les différents régimes obligatoires de sécurité sociale. Il devrait préciser les règles relatives à la charge et au service des prestations afin de déterminer concrètement quel sera le régime responsable du versement des prestations, comment sera répartie la charge des prestations entre les différents régimes auxquels l'assuré a été successivement affilié et comment pourront se cumuler les périodes d'ouverture de droits dans les différents régimes d'affiliation.

Le **II** améliore le congé de maternité des femmes chefs d'entreprise relevant à titre personnel du régime social des indépendants.

Jusqu'à présent la seule obligation qui incombe à ces femmes est de cesser leur activité au minimum trente jours dans un délai compris dans les trente jours précédant la date présumée de l'accouchement et les trente jours qui suivent l'accouchement. Afin de rapprocher le régime de congé de maternité des travailleuses indépendantes de celui des salariées, ce paragraphe crée l'obligation d'un repos prénatal en précisant, dans l'article L. 613-19 du code de la sécurité sociale que les travailleuses non salariées reçoivent une indemnité journalière forfaitaire lorsqu'elles cessent toute activité professionnelle « *pendant une durée minimale, dont une partie doit immédiatement précéder la date présumée de l'accouchement* ». Un décret simple en cours de finalisation devrait fixer notamment la durée du congé prénatal. Ce texte a été signé le 25 avril 2008 par la ministre en charge de la santé et transmis pour contreseing au ministre chargé du budget qui a toutefois différé la signature de ce texte, dans la mesure où le conseil d'administration du RSI est revenu sur son engagement de financer les surcoûts de cette mesure par une hausse des cotisations (à 6,515 % contre 6,5 % actuellement) et a opté pour une prise en charge par le régime de base.

Le **III** vise à harmoniser les conditions de durée du congé maternité applicable aux femmes chefs d'exploitation agricole ou associées d'exploitation à celles applicables aux salariées relevant du régime général de sécurité sociale.

Les agricultrices bénéficient au titre de l'assurance maternité du régime des non-salariés agricoles d'une allocation de remplacement destinée à permettre de les remplacer sur l'exploitation en cas de maternité ou d'adoption. Pour bénéficier de cette allocation, l'agricultrice doit cesser effectivement toute activité sur l'exploitation pendant au moins deux semaines comprises dans une période commençant six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se terminant dix semaines après celui-ci, cette dernière limite étant prolongée en cas de complications médicales lors de l'accouchement.

Le décret en Conseil d'État n° 2008-536 du 5 juin 2008, relatif à l'allocation de remplacement pour congé de maternité ou d'adoption des

personnes non salariées des professions agricoles, précise les modalités d'attribution de l'allocation de remplacement pour les agricultrices à temps complet comme pour celles en situation de pluriactivité. Ce décret porte aussi sur la durée maximale d'attribution de cette allocation, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant. Dans ce cas, la durée d'attribution de l'allocation de remplacement est augmentée du nombre de jours courant de la date effective de l'accouchement au début du repos prénatal.

Le **IV** améliore également la protection sociale des exploitantes agricoles en prévoyant de les faire bénéficier d'une disposition introduite par l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 (n° 2004-1370 du 20 décembre 2004) qui prévoit que les femmes salariées dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition au diéthylstilbestrol (DES) *in utero* bénéficient, dès le premier jour d'arrêt de travail, d'un congé de maternité.

Le décret n° 2008-537 du 5 juin 2008 relatif à l'allocation de remplacement pour congé de maternité des personnes non salariées des professions agricoles en cas de grossesse pathologique liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol prévoit les adaptations nécessaires à la législation sociale agricole mais reprend pour l'essentiel les dispositions applicables aux salariées ; il permet ainsi aux agricultrices dont la grossesse pathologique est liée à l'exposition au diéthylstilbestrol *in utero* de bénéficier de l'allocation de remplacement dès le premier jour de leur arrêt de travail.

Le **V** a étendu la même disposition aux femmes non salariées et aux praticiennes et auxiliaires médicales conventionnées. Le gouvernement considère que cette disposition est d'application directe, le texte précisant que l'indemnité journalière forfaitaire de l'assurance maternité peut être versée à compter du premier jour de l'arrêt de travail. Il est vraisemblable que, pour les modalités de la reconnaissance médicale de cette grossesse pathologique spécifique, les dispositions du décret n° 2006-773 du 30 juin 2006 pris en application de l'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 seront transposées aux assurées relevant des régimes des travailleurs indépendants et des praticiens et auxiliaires médicaux. Le formulaire d'avis d'arrêt de travail spécifique au DES qui a été élaboré lors de la mise en place de ce dispositif pour les salariées sera modifié afin de prévoir, désormais, son application aux assurées non salariées.

Le **VI** précise les critères permettant à un assuré souffrant d'une pathologie grave, qui ne figure pas sur la liste des affections de longue durée (ALD), d'être exonéré du ticket modérateur. Afin de clarifier les deux aspects caractérisant l'ALD – une pathologie grave et invalidante qui comporte des implications économiques, c'est-à-dire un traitement prolongé et coûteux – la nouvelle rédaction du 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale précise que les deux conditions doivent être cumulativement remplies pour bénéficier du régime des ALD hors liste :

« a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;

« b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; ».

Selon les informations communiquées par le gouvernement, un décret en Conseil d'État et un arrêté en cours d'élaboration devraient définir les conditions de prise en charge de ces pathologies dites « hors liste » et permettre qu'elles soient financées au titre des prestations légales alors que jusqu'à présent, et en application deux arrêtés du 7 septembre 1988 (l'un concernant le régime général des salariés, l'autre concernant le régime d'assurance maladie des non salariés non agricole), ces pathologies sont prises en charge sur les crédits du fonds national d'action sanitaire et sociale.

Le projet de décret devrait maintenir les critères actuels (gravité et coût du traitement, traitement prolongé et coûteux pour les polyopathologies) afin d'éviter de modifier la pratique des services médicaux des caisses d'assurance maladie et donc les conditions d'exonération actuelles.

3. Le renforcement de la maîtrise médicalisée des dépenses

a) L'extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable

Depuis la loi n° 2004-810 du 13 août 2004, le directeur d'une caisse locale d'assurance maladie peut subordonner la couverture des frais de transports ou le versement des indemnités journalières, pendant au maximum six mois, à l'accord préalable du service du contrôle médical en cas de prescriptions d'arrêts de travail ou de transports significativement supérieures aux données moyennes constatées pour une activité comparable pour les médecins relevant de la même URAM.

Cette procédure de mise sous accord préalable ayant permis d'améliorer significativement les pratiques des prescripteurs concernés et de générer près de 23 millions d'euros d'économies en 2006, le **I** de l'**article 37** de la loi en a étendu le champ d'application à l'ensemble des prescriptions ou réalisations d'actes, produits ou prestations remboursables ainsi qu'aux prescriptions de transports en ambulance, comparativement aux autres modes de transports, qui seraient anormalement élevés par rapport aux moyennes régionales.

En application de la loi, un décret simple est en cours de préparation afin de définir « les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations », auxquels pourrait également s'appliquer cette procédure, comme par exemple des catégories de médicaments, par classe thérapeutique ou par principe actif. En cours de signature, ce texte devrait être publié très prochainement, les autres dispositions du I étant d'application directe.

En outre, le **II** du même article prévoit la possibilité de prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un professionnel de santé qui ferait volontairement obstacle à la mise en œuvre de la procédure de mise sous accord préalable, par exemple en qualifiant abusivement ses actes d'urgents afin de s'y soustraire. Ces dispositions doivent être précisées par le décret prévu par l'article 51 de la loi, qui modifiera plus largement la procédure des pénalités et devrait être publié d'ici l'automne prochain.

Enfin, le **III** de l'article 37 prévoit, de manière analogue, que les prestations d'hospitalisation puissent être subordonnées à l'accord du service du contrôle médical de l'assurance maladie, sur décision de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), dès lors qu'il a été constaté une proportion élevée d'hospitalisations complètes qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement. D'application directe, ce dispositif a déjà été mis en œuvre dans plusieurs régions : 15 établissements sont par exemple concernés aujourd'hui en Île-de-France.

b) La régulation des dépenses de transports

Inscrit par la loi du 13 août 2004 précitée, l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale prévoit que des pénalités financières peuvent être prononcées par le directeur d'un organisme local d'assurance maladie à l'encontre des professionnels de santé, des assurés, des employeurs ou des établissements de santé en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale ayant abouti à un remboursement ou une prise en charge indus ou à une demande en ce sens.

Outre les modifications exposées plus haut, concernant l'information préalable écrite et les dépassements honoraires dépassant le tact et la mesure, l'**article 51** de la loi étend le champ d'application de ce dispositif aux fournisseurs ou autres prestataires de services, cette rédaction permettant d'inclure les transporteurs sanitaires et les entreprises de taxi afin de lutter contre certains abus. Un décret en Conseil d'État est en cours de préparation afin de préciser les modalités de mise en œuvre de cette procédure de pénalité. Selon les informations communiquées par le gouvernement, il pourrait être publié à l'automne 2008.

c) L'inscription des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire dans le parcours de soins coordonnés

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) respectent moins le parcours de soins coordonnés que les autres assurés. En effet, si 81 % des assurés ont déclaré un médecin traitant, ce n'est le cas que pour 76 % des bénéficiaires de la CMUc. Pourtant, ce dispositif vise à assurer une meilleure prise en charge médicale et la désignation d'un médecin traitant pourrait également être de nature à lutter contre les refus de soins qui leur sont parfois opposés.

C'est pourquoi l'**article 54** de la loi a renforcé les incitations à s'inscrire dans le parcours de soins pour les bénéficiaires de la CMUc, en prévoyant la

suspension de la dispense d'avance de frais et de la prise en charge du ticket modérateur dans le cas où ils consulteraient hors parcours, c'est-à-dire sans prescription de leur médecin traitant ou s'ils n'en ont pas déclaré.

Conformément au **II** de cet article, un décret est actuellement en cours de préparation afin de préciser ses modalités de mise en œuvre. Il pourrait, par exemple, prévoir un délai de plusieurs mois à compter de la date d'attribution ou de renouvellement de la CMUc pour désigner un médecin traitant, avant que ne s'appliquent, le cas échéant, les mesures prévues par l'article 54. Ces usagers pourraient également recevoir une information complète auprès des caisses d'assurance maladie au moment de la remise de l'attestation de CMUc et quelques mois après, par relance systématique.

C. LE RENFORCEMENT DE LA QUALITÉ ET DE L'ACCÈS AUX SOINS

1. La recherche d'une répartition plus équilibrée des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire

Si le nombre de médecins par habitant en France est supérieur à celui de la moyenne des pays de l'OCDE, notre pays se caractérise cependant par l'existence d'importantes disparités territoriales, qui posent un problème majeur en termes d'accès aux soins. Il en va de même pour d'autres professionnels de santé, en particulier les infirmiers dont les écarts de densité varient de 1 à 7 selon les départements. C'est pourquoi la loi de financement comporte plusieurs dispositions visant à améliorer leur répartition géographique, en invitant à un large débat sur l'évolution de l'organisation de l'offre de soins.

a) La détermination des critères de classification des zones de recours aux soins ambulatoires

L'article 46 a tout d'abord pour objet de confier aux missions régionales de santé (MRS) le soin de déterminer non plus des zones déficitaires en offres de soins mais, plus largement, des zones de recours aux soins ambulatoires en fonction de critères démographiques, géographiques et d'activité économique mais aussi de l'existence d'infrastructures de transports. Dans le cas des médecins, des zones différenciées seront définies pour les généralistes et les spécialistes et, le cas échéant, selon qu'ils exercent en secteur 1 ou en secteur 2.

La délimitation de ces zones d'exercice sera soumise à l'approbation du directeur de l'UNCAM et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Après avis des représentants dans la région des syndicats représentatifs des professionnels concernés, du conseil régional et des conseils généraux, ces zones feront par ailleurs l'objet d'une classification par les MRS en fonction de la densité des professionnels de santé et selon des critères qui seront définis par un arrêté, dont un projet serait actuellement soumis à concertation.

En outre, une circulaire en date du 14 avril 2008 (n° DHOS/DSS/DREES/UNCAM/2008-130) a été adressée aux MRS concernant les nouvelles modalités opérationnelles de définition des zones géographiques de répartition des médecins généralistes.

S'agissant des dispositions du même article 46 applicables aux infirmiers, un arrêté est également en préparation afin de mieux articuler l'offre libérale et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

b) L'ouverture prochaine de négociations conventionnelles suite aux États généraux de l'organisation de la santé

Pour les infirmiers (**article 46**), les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les masseurs-kinésithérapeutes (**article 47**) et les médecins (**article 48**), la loi prévoit que les partenaires conventionnels définissent « *des mesures d'adaptation, notamment incitatives* » des dispositions prévues par les articles du code de la sécurité sociale relatifs aux conventions nationales définissant les rapports entre ces professionnels et les organismes d'assurance maladie. Il est également précisé que la définition de ces mesures d'adaptation n'intervient qu'après concertation avec les organisations les plus représentatives des étudiants et des jeunes professionnels et, s'agissant de l'article 48, après concertation avec les organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment installés ou diplômés.

Comme l'avait annoncé la ministre de la santé à l'automne dernier, les États généraux de l'organisation de la santé (EGOS) – qui ont eu lieu entre le 30 novembre 2007 et le 29 mars 2008 sous le pilotage de la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), Mme Annie Podeur, et du président de l'Observatoire national des professions de santé (ONPS), M. Yvon Berland – ont permis d'engager une très large concertation avec l'ensemble des professionnels de santé mais aussi des représentants des étudiants, des usagers et des élus sur les questions de démographie médicale et, plus largement, sur l'organisation de l'offre de soins de premier recours et les mesures susceptibles d'améliorer l'accès des patients à des soins de proximité de qualité.

Les conclusions de ces États généraux ont ainsi contribué à proposer un cadre aux négociations conventionnelles, qui pourraient s'ouvrir ou reprendre, s'agissant des infirmiers, à partir de juin prochain, suite à la deuxième réunion du conseil de l'UNCAM du 12 juin dernier, au cours de laquelle ont été adoptées ses orientations conventionnelles pour 2008.

2. Le développement de la coordination des soins

a) *Le dossier médical personnel*

L'article 55 de la loi réunit diverses dispositions relatives à la mise en place du dossier médical personnel (DMP), dont les plus importantes concernent, d'une part, la création d'un service unique d'accueil dématérialisé, dénommé portail du DMP et, d'autre part, l'instauration d'un droit de masquage de certaines informations par le titulaire du DMP ou son représentant légal.

Aux termes de cet article, un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et des conseils nationaux de l'ordre des professions de santé, doit préciser les conditions d'application des articles L. 161-36-1 à L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale relatifs au DMP, notamment les modalités d'accès aux différentes catégories d'informations qui y figurent, les conditions dans lesquelles certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du DMP ou son représentant légal ainsi que les modalités selon lesquelles les professionnels de santé accédant au DMP auront connaissance de l'inscription au dossier d'informations rendues inaccessibles, c'est-à-dire de l'existence de ce masquage. Ce décret doit également déterminer les modalités de fixation de la tarification des hébergeurs pour la gestion et la conservation des dossiers.

Toutefois, compte tenu des difficultés importantes rencontrées dans la préparation du DMP, qui ont été soulignées très clairement par le rapport de la mission d'audit remis au gouvernement à l'automne 2007⁽¹⁾, la ministre de la santé a annoncé, le 12 novembre 2007, son souhait de relancer ce projet, dont la réalisation doit s'inscrire dans la durée, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés. Dans ce sens, les travaux récents de la mission d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales à ce sujet⁽²⁾ ainsi que le rapport de la mission présidée par M. Michel Gagneux⁽³⁾ ont permis d'avancer un certain nombre de propositions visant à identifier le cadre stratégique et les conditions de réussite de ce projet. Saisi par la ministre chargée de la santé, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) vient par ailleurs de rendre un avis sur la question de l'informatisation des données de santé, le 12 juin dernier.

Il en résulte que la publication du décret en Conseil d'État prévu par l'article 55 de la loi ne pourra intervenir avant la fin de l'année, après que le gouvernement aura précisé les suites qu'il entend donner à ces différents travaux. Il en va de même pour l'arrêté visant à préciser les conditions dans lesquelles les

(1) *Rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), de l'Inspection générale des finances (IGF) et du Conseil général des technologies de l'information (CGTI) sur le DMP (novembre 2007).*

(2) *Rapport d'information n° 659 de M. Jean-Pierre Door, au nom de la mission d'information de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur le dossier médical personnel (29 janvier 2008).*

(3) *Rapport de la mission de relance du projet de DMP, présidée par M. Michel Gagneux, inspecteur général des affaires sociales, « Pour un dossier patient virtuel et partagé et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé » (15 mai 2008).*

fonctions du portail d'accès au DMP pourront être mises à disposition d'autres organismes assurant des missions de partage et d'échange de données personnelles de santé.

b) Le dossier pharmaceutique

La loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé a prévu la création d'un dossier pharmaceutique (DP), ouvert pour chaque assuré, afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la délivrance des médicaments. Aussi l'article L. 161-36-4-2 du code de la sécurité sociale dispose que ce dossier est tenu par les pharmaciens, avec le consentement des assurés, et que les données y figurant alimentent le dossier médical personnel (DMP) dans des conditions précisées par le décret prévu à l'article L. 161-36-4 du même code relatif au DMP.

Par délibérations du 15 mai 2007 et du 14 février 2008, la CNIL a ainsi autorisé le lancement de la phase pilote du DP pour six mois dans six départements, puis la prolongation jusqu'en août prochain de l'expérimentation dans les départements déjà concernés ainsi que son extension à deux nouveaux départements et à un nombre limité d'officines sur l'ensemble du territoire.

Compte tenu des retards pris dans la préparation du déploiement du DMP, l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoit, d'une part, que les modalités de mise en œuvre du DP font l'objet d'un décret spécifique, après avis de la CNIL et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens, et, d'autre part, que les informations de ce dossier utiles à la coordination des soins soient reportées dans le DMP dans les conditions prévues à l'article L. 161-36-2 du même code. La poursuite de la phase d'expérimentation du DP doit ainsi permettre de préparer dans les meilleurs délais son déploiement, après la publication du décret en Conseil d'État prévu par l'article 56, qui est actuellement en cours de concertation.

3. La possibilité de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse dans les centres de santé et de planification familiale

Afin de répondre aux difficultés rencontrées par les femmes qui veulent avorter, du fait notamment des délais d'attente dans les établissements de santé, mais aussi de limiter les risques liés aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) pratiquées par voie chirurgicale, l'article 46 de la loi permet, sous certaines conditions, aux médecins qui exercent dans des centres de santé ou dans des centres de planification de pratiquer des IVG par voie médicamenteuse.

Si cet article n'a pas renvoyé expressément à un texte réglementaire la définition de ses modalités d'application, il est cependant apparu nécessaire de modifier les articles R. 2212-9 à R. 2212-19 du code de la santé publique, tels

qu'issus des décrets n° 2002-796 du 3 mai 2002 et n° 2004-636 du 1er juillet 2004 relatifs aux conditions de réalisation des IVG hors établissements de santé.

Actuellement en cours de préparation, un projet de décret devrait ainsi être prochainement soumis à concertation, puis transmis au Conseil d'État vers la fin du mois de juin. Il comporterait notamment plusieurs dispositions concernant l'approvisionnement et les conditions de détention des médicaments, la répartition des responsabilités au sein des centres de planification ou encore les dispositions devant obligatoirement figurer dans la convention conclue entre le médecin du centre et un établissement de santé. Ce texte devrait également prendre en compte les nouvelles recommandations de la Haute autorité de santé sur ce type d'IVG, dont la publication est imminente.

D. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

1. La tarification à l'activité

Le décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé, ainsi que deux arrêtés en date des 26 décembre 2007 et 23 janvier 2008, ont permis l'application de l'ensemble des dispositions de l'**article 62** de la loi concernant la valorisation de l'activité à 100 % des tarifs dans les établissements antérieurement sous dotation globale.

En revanche, les mesures réglementaires destinées à étendre l'application de la tarification à l'activité (T2A) aux établissements du secteur public en Guyane et au service de santé des armées (SSA), ainsi que celles destinées à préciser les critères de déséquilibre financier justifiant l'élaboration d'un plan de redressement pour les établissements en difficulté suite à l'introduction de la T2A n'ont pas encore été édictées.

a) La valorisation de l'activité à 100 % des tarifs dans le secteur public

L'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a modifié en profondeur les règles de montée en charge de la tarification à l'activité pour les établissements antérieurement sous dotation globale en prévoyant la suppression de la dotation annuelle complémentaire (DAC) et la valorisation de l'activité de ces établissements à 100 % par les tarifs avec application d'un coefficient de transition propre à chaque établissement.

- *Dispositif de montée en charge de la T2A*

Conformément au **3° du I** et au **III** de l'article 62, le décret n°2007-1931 du 26 décembre 2007 a précisé les modalités d'application de la montée en charge de la T2A pour les établissements antérieurement sous dotation globale selon des

règles s'inspirant de ce qui a déjà été mis en place en matière de tarification à l'activité des établissements privés.

Le décret n°2007-1931 du 26 décembre 2007 détaille en premier lieu les modalités techniques prévues pour la période de transition de 2008 à 2012 au cours de laquelle un mécanisme de convergence des établissements publics est mis en place par application d'un coefficient de transition, qui joue en quelque sorte le rôle d'un « amortisseur » destiné à moduler les effets revenus qui auraient résulté d'un passage sans aménagement à une valorisation à 100 % de l'activité.

Ce coefficient de transition, dont les modalités de calcul sont définies par le décret, a pour objectif, avant toute convergence, de garantir aux établissements de santé la neutralité de leurs recettes et d'assurer, au niveau national, la neutralité des dépenses d'assurance maladie. Ainsi, l'application de ce coefficient de transition au produit de l'activité des établissements par les tarifs nationaux de la période de référence doit procurer, après suppression de la DAC, des recettes équivalentes à celles perçues antérieurement à la valorisation par les tarifs à 100 %.

Ce décret détaille également le dispositif de convergence qui fait progresser les coefficients de transition vers un à l'horizon 2012.

Les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ont notifié au début de janvier 2008 à chaque établissement leur coefficient de transition applicable entre le 1^{er} janvier et le 29 février 2008. Les coefficients ont déjà convergé de 30 % au 1^{er} mars dans le cadre de la campagne tarifaire pour 2008.

- *Révision à la baisse des tarifs*

Le décret n°2007-1931 du 26 décembre 2007 fixe également les modalités de détermination, pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2008 (date d'entrée en vigueur de la tarification à 100 % de l'activité) et le 29 février 2008, date d'ouverture de la dernière campagne tarifaire, des nouveaux tarifs des prestations d'hospitalisation destinés à corriger la surévaluation artificielle de ceux-ci dans le régime antérieur au passage à une valorisation à 100 % de l'activité.

Il convient en effet de rappeler que certaines mesures nouvelles de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) affectant les établissements de santé ont parfois été par le passé ventilées entre l'enveloppe qui rémunérait l'activité par des tarifs et celle de la DAC de façon non proportionnelle au poids respectif de ces enveloppes dans le financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), de sorte que les tarifs étaient artificiellement surévalués. Si l'ensemble restait neutre pour les comptes de l'assurance maladie, puisque la DAC versée aux hôpitaux était sous-évaluée d'autant en parallèle, la suppression de cette dernière imposait, pour contenir les dépenses de l'assurance maladie, de revoir à la baisse ces tarifs surévalués.

En application du décret, les tarifs des établissements du secteur public ont donc été baissés de 3,7 % à compter du 1^{er} janvier 2008 par l'arrêté du 26 décembre 2007 pris en application du **III** de l'article 62 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 et modifiant l'arrêté du 27 février 2007 fixant pour l'année 2007 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

● *Avances de trésorerie*

Par ailleurs, l'arrêté prévu au **3° du I** de l'article 62 pour mettre en place des avances de trésorerie a été pris. Du fait de la suppression des dotations annuelles complémentaires, qui étaient jusqu'ici versées mensuellement, les établissements de santé risquaient de rencontrer, lors du passage à une valorisation de l'activité à 100 % des tarifs, des difficultés de trésorerie dès le 1^{er} janvier 2008, puisqu'ils ne peuvent logiquement obtenir des financements liés à leur activité qu'au terme d'un processus de plusieurs semaines au cours duquel ils doivent préalablement constater leur activité et transmettre les données afférentes aux ARH pour validation et transfert aux caisses primaires d'assurance maladie pour paiement.

L'arrêté du 23 janvier 2008, relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale, a permis de remédier utilement aux difficultés qu'entraînerait ce décalage dans les rentrées de trésorerie. L'arrêté prévoit en effet une possibilité de versement d'avances ainsi que les modalités de la récupération progressive de ces avances versées par l'assurance maladie. L'ensemble de ce dispositif technique a en outre été explicité par une circulaire n°DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008.

b) L'application de la T2A aux établissements du secteur public en Guyane

Par dérogation au principe de la mise en œuvre progressive de la T2A dans les hôpitaux anciennement financés par dotation globale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 avait prévu que les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier de Guyane resteraient financés par une dotation annuelle de financement (DAF) pour les années 2005 à 2007.

Prenant acte du fait que des difficultés structurelles persistantes de certains de ces établissements de Guyane ne permettaient toujours pas en 2008 d'envisager globalement le passage à la tarification à l'activité, le **4° du I** de l'article 62 a prorogé de deux ans, c'est-à-dire jusqu'en 2009, cette disposition dérogatoire tout en ouvrant néanmoins la possibilité à un arrêté des ministres chargés de la santé et

de la sécurité sociale de déterminer chaque année les établissements pour lesquels un passage à la tarification à l'activité est envisagée.

À ce jour, aucun arrêté n'a été pris et la désignation, le cas échéant, d'un ou plusieurs établissements dont l'activité pourrait être désormais valorisée par les tarifs à 100 % dépendra à l'avenir de leur état d'avancement technique à basculer dans la réforme.

c) L'application de la T2A au service de santé des armées

Si la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2004 n'a initialement pas intégré le service de santé des armées (SSA) dans le champ de la T2A, afin de lui laisser un délai pour mettre en place les systèmes d'information nécessaires au codage de l'activité des hôpitaux d'instruction des armées, l'article 69 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2007 (n° 2006-1640 du 21 décembre 2006) a étendu les règles relatives à la T2A aux activités de médecine, à la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (MCO) des hôpitaux des armées tout en prévoyant que l'application de ces nouvelles dispositions interviendrait au plus tard le 1^{er} juillet 2009 et qu'un décret en Conseil d'État préciserait les conditions et délai d'application de celles-ci.

Le **G du 3° du I** de l'article 62 a confirmé que les conditions de montée en charge de la tarification à l'activité spécifiques au SSA seront fixées par le décret en Conseil d'État prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

D'après les informations recueillies par le rapporteur, un passage du service de santé des armées à la T2A pourrait, compte tenu de l'avancement des travaux techniques, être envisagé dès le début 2009. Le décret en Conseil d'État prévu, qui devrait détailler le calcul du coefficient de transition (le SSA est actuellement financé en totalité par une dotation annuelle de financement) ainsi que le rythme et le calendrier de convergence de ce coefficient de transition, pourrait ainsi être publié dès l'automne 2008.

d) L'élaboration d'un plan de redressement

Le **X** de l'article 62 prévoit la fixation de critères précis de déséquilibre financier justifiant l'élaboration d'un plan de redressement donnant lieu à la conclusion d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'établissement de santé en difficulté et l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH).

Cette mesure est de nature à remédier au diagnostic sévère porté par le rapport n°2007-164P de janvier 2008 de l'Inspection générale des affaires sociales sur « *le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) par des hôpitaux "perdants" à la T2A* » selon lequel les aides exceptionnelles versées aux hôpitaux publics mis en difficulté par l'entrée en vigueur de la tarification en fonction de l'activité (300 millions

d'euros) l'ont été en majorité « *en dehors de tout engagement contractuel de retour à l'équilibre* ».

D'après les informations réunies par le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, un décret, actuellement au contreseing du ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative et du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, devrait être publié prochainement. Il devrait notamment définir plus précisément les critères de déséquilibre financier en termes de niveau de déficit et de capacité d'autofinancement.

2. L'expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires

L'article 64 de la loi a ouvert la possibilité d'autoriser, à titre expérimental et à compter du 1^{er} janvier 2008, de nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transport prescrits au sein des établissements de santé par les professionnels qui y exercent. Les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation doivent être déterminées par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Cette disposition, qui s'inscrit dans une démarche de maîtrise médicalisée des transports de patients, comporte un enjeu majeur d'économies potentielles du fait de la très forte progressivité de ces dépenses de frais de déplacement (+ 8,4 % en moyenne depuis 2000) qui se sont élevées à 2,1 milliards d'euros en 2005, dont 2 milliards d'euros pris en charge par l'assurance maladie.

D'après les informations réunies par le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, un appel à candidature a eu lieu en janvier 2008 auprès des missions régionales de santé (MRS), qui sont chargées de renforcer le partenariat entre l'État et l'assurance maladie sur certains enjeux comme l'amélioration de l'efficacité du système de soin.

Mais plusieurs réunions, notamment en avril et mai 2008 avec les établissements intéressés de la région Île-de-France, ont mis en évidence, au regard de la complexité technique du dispositif, qu'il était encore nécessaire de préciser les conditions techniques et financières du dispositif avant d'envisager de lancer, à l'été 2008, un nouvel appel à candidature auprès des établissements de santé après élaboration d'un cahier des charges qui devrait être publié prochainement.

Le retard pris sur ce sujet est préoccupant dans la mesure où le système actuel est particulièrement désresponsabilisant pour les établissements de santé, puisque deux tiers des prescriptions de transport pris en charge par l'assurance maladie sur les soins de ville sont en fait prescrites par des praticiens exerçant dans un établissement de santé et ne devraient donc logiquement pas être imputées sur l'enveloppe soins de ville.

3. Les groupements de coopération sanitaire

Si l'article L. 6122-15 du code de la santé publique offrait déjà les moyens de structurer, le cas échéant de manière contraignante, la coopération au niveau d'un territoire de santé en dotant les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation du pouvoir de créer un groupement de coopération sanitaire (GCS), l'article 66 de la loi innove en disposant que ces directeurs ont désormais la possibilité d'imposer dans la convention constitutive d'un groupement de coopération sanitaire des « *compétences obligatoires* » dont la liste doit être définie par décret en Conseil d'État.

D'après les informations réunies par le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, un projet de décret a été établi qui prévoit la possibilité de transfert sur certaines matières comme les activités de soins soumises à autorisation, les installations et exploitations des équipements d'imagerie médicale, la disposition et la gestion d'une pharmacie à usage intérieur, les activités des laboratoires d'analyses de biologie médicale, les systèmes d'information et de télécommunication et les activités de gestion administrative, technique ou logistique.

Ce projet de décret devrait être transmis très prochainement au Conseil d'État et devrait ainsi conforter les pouvoirs des directeurs des ARH en vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de redéployer des services, des activités ou des équipements hospitaliers afin de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades.

4. Le financement et la tarification des établissements sociaux et médico-sociaux

L'article 69 de la loi contient diverses mesures relatives au financement des établissements sociaux et médico-sociaux.

Le I de l'article 69 élargit les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour lui permettre d'assurer le financement des investissements immobiliers de création de places nouvelles dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Un projet de modification des règles d'utilisation et d'affectation des crédits d'investissement relevant de la CNSA (300 millions d'euros pour 2008) a été soumis à son conseil d'administration, qui a rendu son avis le 1^{er} avril 2008. Un arrêté interministériel, qui prend en compte les délibérations du conseil d'administration, est en cours de rédaction. Une instruction technique du 15 mai 2008 détaille cependant, à l'usage des préfets et des services déconcentrés, les modalités de mise en œuvre du plan d'aide à l'investissement dans les établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées pour l'année 2008.

Le II de l'article 69 détermine les principes de tarification applicables aux établissements entrant dans le champ de l'obligation de conventionnement

tripartite – établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD), unités de soins de longue durée (USLD) et logements-foyers – mais qui n’ont pas signé de convention au 31 décembre 2007. Ils sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2008. Les **III à VI** de l’article 69 tirent les conséquences des dispositions pérennes du II.

Le principe du découpage en trois tarifs est maintenu. Le tarif dépendance et le tarif hébergement suivent les règles de droit commun des EHPAD. En revanche, la tarification des prestations de soins déroge au droit commun quant à la détermination du montant du forfait :

– dans le cas des établissements autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux, à savoir essentiellement les USLD, un forfait global de soins doit être attribué chaque année par le préfet ; son montant est égal au forfait de soins attribué à l’établissement pour 2007, sans aucune revalorisation annuelle ;

– dans le cas des établissements qui ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux et dont les prestations de soins étaient jusqu’en 2007 financées sur les dotations de soins de ville, un forfait global de soins, calculé sur la base de la dotation minimale de convergence (Dominic) réévaluée de 35 % au terme de cinq ans (durée des conventions tripartites), doit être déterminé par le préfet à partir de trois éléments : le GIR moyen pondéré de l’établissement, la capacité d’accueil de l’établissement et un tarif de soins par place d’accueil fixé par arrêté ministériel.

Les nouvelles règles relatives à la tarification d’office et au forfait global de soins ont été définies par un arrêté interministériel d’application du 14 avril 2008, publié au *Journal officiel* du 22 avril 2008. Il a notamment fixé à 9,64 euros le montant du tarif soins.

L’arrêté interministériel du 14 avril 2008 précise les objectifs minimums à remplir par les établissements dans le cadre de cette tarification. Des obligations minimales leur sont cependant imposées :

– mise en œuvre du règlement de fonctionnement prévu à l’article L. 311-7 du code de l’action sociale et des familles ;

– rédaction d’un livret d’accueil et d’un contrat de séjour prévus à l’article L. 311-4 du même code ;

– mise en place d’un conseil de la vie sociale ;

– le cas échéant, présence d’un médecin coordonnateur.

Le décret mentionné au **IV** ne nécessite pas la publication d’un décret spécifique : les dispositions du décret n° 2007-793 du 9 mai 2007 relatif aux modalités de médicalisation et de tarification des établissements mentionnés au

I bis de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles permettent de mettre en œuvre le dispositif voté.

Le **VII** de l'article 69 de la loi vise à stabiliser la situation des logements-foyers non couverts par le dispositif de conventionnement partiel prévu par le *I bis* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire ceux ayant un GIR moyen pondéré inférieur à 300. Deux catégories de logements-foyers sont distinguées :

– les logements-foyers bénéficiant, au 31 décembre 2007, d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, c'est-à-dire ayant une section de cure médicale et accueillant moins de 10 % de personnes âgées classées en GIR 1 ou 2 : un conventionnement partiel de leur capacité d'accueil correspondant à l'hébergement de personnes âgées dépendantes pourra être négocié ; la loi n'explicite pas les conditions de ce conventionnement mais un forfait doit être défini de manière à maintenir les dotations allouées à la section de cure médicale en 2007 ;

– les logements-foyers ne bénéficiant pas, au 31 décembre 2007, d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et ayant un GIR moyen pondéré inférieur à 300 : ces établissements conservent les montants des forfaits soins qui leur ont été attribués pour 2007. Le montant de ce forfait de soins courants doit être reconduit sans revalorisation d'année en année. Ce forfait est toutefois maintenu dans la limite des dépenses effectives des établissements correspondant aux charges de leurs personnels soignants salariés (rémunérations, taxes et charges sociales afférentes).

Pour l'application de la loi à la première de ces deux catégories de logements-foyers, un décret est en cours de préparation, modifiant les dispositions du décret n° 2007-793 du 9 mai 2007 précité afin d'élargir le périmètre du conventionnement partiel à ces logements-foyers.

Pour la seconde catégorie de logements-foyers, le dispositif législatif est d'application immédiate. Néanmoins une mise en cohérence de la partie réglementaire du code est nécessaire : l'article D. 232-22 du code de l'action sociale et des familles doit être modifié car ses dispositions ne s'appliquent plus uniquement aux logements foyers dont le groupe iso-ressources moyen pondéré (GMP) est inférieur à 300, dans la mesure où désormais les résidents relevant des GIR 1 à 4 peuvent percevoir l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile.

Les **VI** et **VII** de l'article 69 de la loi confient à la CNSA la charge de répartir en dotations régionales limitatives, non seulement le montant annuel de l'ONDAM médico-social, mais également les dotations globales fixées par l'arrêté interministériel. La CNSA est ainsi en mesure de mettre en cohérence la programmation pluriannuelle sur l'année d'exercice et les deux ou quatre années suivantes des enveloppes de dépenses consacrées aux créations de places dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de sa compétence. En outre, la

fixation de ces dotations doit être arrêtée par la CNSA de manière à réduire progressivement les inégalités, existant non seulement entre les régions mais également entre les établissements et services appartenant aux mêmes catégories, dans l'allocation des ressources financières.

Ce dispositif nécessite un arrêté d'application pour déterminer les modalités de fixation, par les ministres, des tarifs plafonds par catégories d'établissements ou services. Ces tarifs plafonds doivent permettre de réduire les écarts tarifaires par rapport au tarif cible découlant de la procédure Pathos afin de réduire les inégalités grâce à un pilotage de l'allocation des enveloppes de dépenses médico-sociales de l'ONDAM personnes âgées et personnes handicapées entre les établissements et services. Un projet d'arrêté est en cours d'élaboration : il a été expertisé par le secrétariat général du gouvernement et a été transmis au conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie pour recueillir son avis.

E. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

L'ensemble des articles relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles sont d'application directe :

– le plafonnement de l'indemnisation des accidents du travail successifs (**article 86**) ;

– la clarification du régime des rentes de certains ayants droit de victimes d'accident du travail (**article 87**) ;

– la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) (**article 89**) ;

– le 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 (**article 91**) ;

– les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2008 (**article 92**).

III.- L'ASSURANCE VIEILLESSE

L'élaboration et la discussion de la branche vieillesse du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 se sont placées dans le contexte de la préparation du rendez-vous de 2008 sur les retraites, prévu par l'article 5 de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Le gouvernement ainsi que le rapporteur pour l'assurance vieillesse ont souhaité renvoyer aux futurs textes de mise en œuvre des mesures arrêtées dans le cadre de ce rendez-vous l'ensemble des mesures de réforme ayant un impact sur les dépenses des régimes de retraite de base obligatoires qui auraient pu être examinées lors de la discussion du projet de loi.

Ce choix explique que la section 2 de la quatrième partie du projet de loi, qui est relative aux dépenses d'assurance vieillesse, se limite à deux articles, les articles additionnels 81, 82 et 83 introduits par le Sénat ayant été déclarés non conformes à la Constitution par le Conseil constitutionnel du fait qu'ils n'entraient pas dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale.

L'**article 84** de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 résulte de l'adoption par le Sénat d'un amendement de la commission des affaires sociales. Il comble une lacune en étendant aux exploitants agricoles et aux fonctionnaires l'application du barème spécifique prévu par l'article 114 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 pour compléter la durée d'assurance des salariés du régime général bénéficiaire d'une retraite anticipée pour carrière longue par des rachats de cotisations d'assurance vieillesse. En outre, il permet d'effectuer des versements non pas pour bénéficier de la retraite anticipée uniquement prévue par le code de la sécurité sociale pour les assurés relevant du régime général ou du régime aligné des salariés agricoles (article L. 351-1-1) mais également pour bénéficier de celle prévue pour les professions indépendantes, les professions libérales, les avocats, les exploitants agricoles et les fonctionnaires.

Cette mesure ne nécessite aucun texte réglementaire pour être mise en application.

L'**article 85** de la loi fixe les objectifs de dépenses pour 2008. Sa mise en application ne nécessite la publication d'aucun texte réglementaire.

IV.- LA BRANCHE FAMILLE

Concernant la branche famille, deux articles sont d'application directe : l'**article 96** sur le recours à l'expertise médicale pour les litiges relatifs à l'allocation journalière de présence parentale et l'**article 98** relatif aux objectifs de dépense de la branche famille). Quant aux textes d'application des trois autres articles, seules les mesures réglementaires relatives au droit d'option entre la prestation de compensation du handicap et le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ont été publiées.

Pour mémoire, on rappellera que le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution un article instaurant un dispositif expérimental sur l'offre de garde d'enfants.

A. LA MODULATION DU MONTANT DE L'ALLOCATION DE RENTRÉE SCOLAIRE EN FONCTION DE L'ÂGE DE L'ENFANT

L'**article 93** de la loi de financement modifie les conditions d'attribution de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) dont le montant sera désormais modulé en fonction de l'âge de l'enfant pour permettre une meilleure compensation des coûts d'entretien au moment de l'adolescence.

La modulation selon l'âge de l'enfant est une revendication ancienne des associations familiales qui soulignent depuis plusieurs années que, si l'allocation de rentrée scolaire couvre l'intégralité des dépenses pour un enfant dans le primaire, ce taux de couverture est de l'ordre de 73 % pour le collège et de 50 % pour le lycée.

Jusqu'à présent, l'allocation de rentrée scolaire est une prestation attribuée sous condition de ressources à toute famille ayant un ou des enfants à charge de six à dix-huit ans (revenu net imposable 2006 inférieur à 27 066 euros annuels pour deux enfants à charge par exemple).

Son montant est unique et calculé selon un pourcentage de la base mensuelle de calcul des prestations familiales. Pour l'année scolaire 2007/2008, elle est d'un montant de 272,57 euros par enfant et fait l'objet d'un versement effectué généralement au cours du mois précédant la rentrée scolaire. Une allocation différentielle est versée lorsque les ressources de la famille sont légèrement supérieures au plafond de ressources.

D'après les informations communiquées au rapporteur, un décret en Conseil d'Etat et un décret simple seraient en préparation mais les concertations préalables avec les associations familiales n'ont pas permis de dégager un consensus sur le type de modulation à mettre en œuvre. Le désaccord porte sur le point de savoir si cette modulation en fonction de l'âge de l'enfant se fera à moyens constants, ce qui se traduira alors par une diminution du montant de

l'allocation pour les enfants scolarisés en primaire pour permettre de financer une ou deux majorations pour les enfants scolarisés au collège et au lycée.

Les négociations se sont déroulées dans un contexte d'autant plus difficile qu'elles sont intervenues après la décision d'instaurer une majoration unique à 14 ans des allocations familiales, conduisant à ce que la branche famille réalise ainsi une économie de 138 millions d'euros au détriment des familles : suppression des deux majorations servies à 11 et 16 ans pour une majoration unique à 14 ans d'un montant équivalent à celui versé à 16 ans jusqu'alors (décrets n° 2008-409 et 410 du 28 avril 2008).

Pour l'Union nationale des associations familiales (UNAF) comme pour la Confédération syndicale des familles (CSF), il serait logique que les économies réalisées par la réforme des allocations familiales à l'adolescence soient reportées sur l'ARS, qui concerne à peu près le même public.

Le gouvernement doit faire un choix politique délicat car, si le Premier ministre comme le ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité ont donné publiquement des assurances en avril 2008 quant à l'affectation des économies dégagées par la réforme de la majoration pour âge des allocations familiales au financement d'autres mesures pour les familles, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a été votée sur la base de prévisions financières selon lesquelles la réforme de l'ARS se ferait à budget constant, les économies générées sur les allocations familiales devant servir à améliorer le solde comptable de la branche famille (voir en ce sens le tableau de l'annexe 9B récapitulant l'impact financier des mesures nouvelles 2008 sur les comptes du régime général).

B. L'EXTENSION AUX ENFANTS HANDICAPÉS DE LA PRESTATION DE COMPENSATION DU HANDICAP

L'article 94 met en place un droit d'option entre la prestation de compensation du handicap (PCH) et le complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Cet article est la traduction d'une obligation prévue par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté de personnes handicapées, qui pose le principe de l'extension aux enfants handicapés du bénéfice de la prestation de compensation du handicap dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi, soit avant le 11 février 2008.

Jusqu'à présent, les familles ayant à charge un enfant handicapé bénéficient d'une prestation familiale spécifique intitulée « allocation d'éducation de l'enfant handicapé » (AEEH), qui est composée d'une allocation de base et d'un complément dont le montant varie selon la gravité du handicap et qui est attribuée si le handicap de l'enfant nécessite le recours à une tierce personne ou

expose la famille à des dépenses particulièrement coûteuses du fait de la spécificité du handicap.

Pour déterminer le montant du complément d'AEEH, l'enfant handicapé se voit attribuer par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées une catégorie de complément (de 1 à 6) en fonction de la durée de recours à une tierce personne et/ou de l'importance des dépenses liées au handicap.

Deux décrets en Conseil d'État, deux décrets simples et un arrêté ministériel définissent les modalités du droit d'option entre le complément d'AEEH et la PCH. La nécessité de publier quatre décrets d'application peut *a priori* surprendre mais s'explique par le fait que l'AEEH relève du code de la sécurité sociale tandis que la PCH relève du code de l'action sociale et des familles.

Les décrets n° 2008-450 et 451 du 7 mai 2008, relatifs à l'accès des enfants à la prestation de compensation, définissent tout d'abord la procédure d'attribution de cette prestation et la manière dont les parents doivent être informés pour exercer leur droit d'option en toute connaissance de cause. Il est ainsi prévu que le choix entre le complément de l'AEEH et la PCH est exercé sur la base des propositions figurant dans le plan personnalisé de compensation (PPC) élaboré par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Le plan doit indiquer explicitement les montants respectifs de l'AEEH, de son complément et de la PCH. Après transmission du plan de compensation à la famille de l'enfant handicapé, celle-ci dispose de quinze jours pour exprimer son choix.

Si la famille qui perçoit une prestation n'exprime aucun choix, il est présumé qu'elle souhaite continuer à la recevoir. Si elle ne perçoit aucune des deux prestations et n'exprime aucun choix, il est présumé qu'elle souhaite percevoir le complément de l'AEEH.

La décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées peut différer des propositions qui figurent dans le plan personnalisé de compensation. Dans ce cas, la famille dispose d'un délai d'un mois après notification de la décision pour modifier son droit d'option auprès de la MDPH.

Les décrets précisent aussi les modalités de renouvellement du droit d'option, des dispositions spécifiques étant prévues en cas d'évolution du handicap de l'enfant.

En cas de séparation des parents, la PCH peut être affectée à la couverture des charges du parent n'ayant pas la charge de l'enfant mais il faut alors produire au préalable un compromis écrit entre les parents. Ce document précise les aides revenant à chacun des parents, le parent ayant la charge de l'enfant prenant l'engagement de reverser à l'autre parent la partie de la PCH correspondant aux charges qu'il a exposées pour l'éducation de l'enfant.

Pour les familles dont l'enfant remplit pour la première fois les conditions d'attribution d'un complément d'AEEH ou de PCH et qui déposent leur demande de prestation avant le 1^{er} juillet 2008, la date d'ouverture de droits sera fixée rétroactivement au 1^{er} avril 2008.

L'appréciation de la gravité du handicap et des aides dont doit bénéficier l'enfant handicapé s'effectue au moyen d'un référentiel figurant à l'annexe 2-5 du code de l'action sociale et des familles. L'arrêté du 7 mai 2008, relatif aux références applicables aux étapes du développement habituel d'un enfant, modifie cette annexe pour tenir compte de l'ouverture de la prestation aux enfants handicapés. Les besoins d'aides humaines de l'enfant handicapé sont appréciés en tenant compte des activités habituellement réalisées par une personne du même âge ne présentant pas de handicap. L'élaboration d'un référentiel spécifique aux enfants pour l'attribution de la PCH représentant un travail considérable le gouvernement a préféré renvoyer à l'arrêté du 24 avril 2002 qui définit les critères de handicap pour l'attribution des six catégories de complément d'AEEH, permettant ainsi aux enfants handicapés de bénéficier plus rapidement de la PCH.

Les décrets n° 2008-530 et 531 du 4 juin 2008 modifient plusieurs articles du code de la sécurité sociale et ont notamment pour objet de prévoir une coordination entre les organismes débiteurs des prestations familiales et les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées afin d'éviter que le complément d'AEEH continue à être versé aux familles dont l'enfant est bénéficiaire de la PCH (limitation des risques de prestations indues). Ils précisent aussi que la majoration spécifique pour parent isolé d'enfant handicapé sera applicable aux parents ayant opté pour la PCH.

Il convient de souligner que ces dispositions réglementaires ont été élaborées à titre transitoire pour permettre aux enfants handicapés de bénéficier rapidement de la PCH. Plusieurs associations, dont l'Association des paralysés de France (APF), ont dénoncé le manque de préparation et de concertation sur ce sujet et ont même demandé le report de la mise en œuvre de cet accès à la PCH.

La délégation interministérielle aux personnes handicapées devrait lancer prochainement un groupe de travail pour permettre la définition d'une PCH rénovée, pensée et conçue pour des enfants.

C. LA CLARIFICATION DU DROIT AUX PRESTATIONS FAMILIALES DES RESSORTISSANTS COMMUNAUTAIRES

L'**article 95** porte sur deux aspects du droit aux prestations familiales des ressortissants étrangers.

Le **I** et le **II** de cet article clarifient le droit aux prestations familiales (et aux prestations assimilées comme les aides personnelles au logement) des ressortissants communautaires qui n'ont plus à justifier d'un titre de séjour ou

d'une autorisation de travail pour séjourner dans un autre État européen dont ils ne sont pas originaires.

Cependant une directive européenne est intervenue pour encadrer le droit de libre séjour sur le territoire des États membres et éviter ainsi d'éventuels abus. La directive 2004/38 CE du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres prévoit ainsi des conditions de régularité de séjour : à savoir, pour les séjours de plus de trois mois, disposer de ressources suffisantes et d'une couverture maladie.

La loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration a transposé ce principe en droit interne, qui figure désormais à l'article L. 121-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Cet article prévoit que « *le droit au séjour* » des ressortissants communautaires (ainsi que celui des ressortissants suisses et de l'Espace économique européen) pour une durée supérieure à trois mois est subordonné à diverses conditions alternatives : exercer une activité professionnelle, être en formation, disposer de « *ressources suffisantes* » ainsi que d'une assurance maladie ou être un parent proche de personnes répondant aux conditions précédentes. Ces ressortissants qui souhaitent séjourner durablement en France doivent se faire enregistrer auprès de la mairie de leur commune de résidence.

La direction de la sécurité sociale a, dans un premier temps, considéré qu'il suffisait de se reporter au décret n° 2007-371 du 21 mars 2007 relatif au droit de séjour en France des citoyens de l'Union européenne, pris en application de la loi du 24 juillet 2006 précitée, pour disposer des critères suffisants permettant de déterminer le caractère régulier du séjour de plus de trois mois des ressortissants communautaires.

Devant les multiples questions soulevées par l'interprétation de ce texte pour l'attribution des prestations familiales par la branche famille, la direction de la sécurité sociale a décidé de préparer une circulaire qui devrait notamment préciser pour les ressortissants inactifs les modalités de preuve de leur date d'entrée en France ou des ressources dont ils disposent. Ce texte devrait aussi préciser quelle est l'autorité administrative chargée d'apprécier si une personne constitue « *une charge pour le système d'assistance sociale, compte tenu du montant des prestations sociales non contributives qui lui sont accordées* » (article R. 121-4 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile). Ce point semble en effet très important à clarifier car il pourrait permettre de refuser l'attribution de prestations familiales à des demandeurs qui ne sont pas en mesure d'apporter des preuves de leur effort d'intégration dans l'État membre d'accueil.

Le **III** de cet article vise principalement à étendre la règle qui limite le cumul de prestations familiales françaises et étrangères fixée à l'article L. 512-5 du code de la sécurité sociale.

Jusqu'à présent, cette limitation du cumul des prestations ne visait que les prestations familiales perçues en application de traités ou d'accords internationaux auxquels la France est partie. Or, dans certains cas, les bénéficiaires perçoivent des prestations familiales sur la base d'un autre texte, issu de la législation interne d'un autre État ou des statuts d'une organisation internationale. Ces situations n'étant pas visées par l'article L. 512-5 précité, ces prestations étaient librement cumulées avec les prestations familiales françaises.

La nouvelle rédaction de l'article L. 512-5 permet d'étendre la règle de non-cumul aux prestations familiales versées en application :

– du droit interne d'un État ou d'une entité infraétatique étrangère (comme par exemple la réglementation cantonale suisse) ;

– des statuts et règles propres à une organisation internationale.

Enfin, un décret simple en cours de préparation, devrait préciser la notion « d'allocation différentielle », qui correspond à une allocation égale à la différence entre les avantages dus au titre de la législation française et ceux perçus au titre de la législation étrangère et qui s'applique dans les cas très particuliers où une famille résidant en France perçoit des prestations au titre d'une législation étrangère.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

En application de l'article 86, alinéa 8, du Règlement, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a examiné au cours de sa réunion du mardi 17 juin 2008, en présence de **Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative**, de **M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique**, et de **Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité**, le rapport de MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door, Denis Jacquat et Hervé Féron sur la mise en application de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Un débat a suivi les exposés de **MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door, et Hervé Féron**, rapporteurs.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission : Permettez-moi de dire quelques mots de la branche vieillesse, dont le déficit ne doit pas occulter l'avancée sociale qu'a représentée la retraite anticipée des assurés ayant accompli une carrière longue avant 60 ans.

En France, les cotisations UNEDIC sont de 6,4 points, contre une moyenne de 4, voire moins, pour les autres pays européens. Il resterait ainsi une marge de manœuvre pour équilibrer la branche vieillesse et sécuriser les régimes de retraite en transférant une fraction des cotisations chômage vers les cotisations retraite.

Par ailleurs, beaucoup de cadres choisissent un départ anticipé à la retraite de peur de ne pouvoir à l'avenir bénéficier d'un même niveau de retraite complémentaire. Cette situation est fort inquiétante pour les entreprises. Quelles mesures peut-on prendre ?

M. Marcel Rogemont : Selon les informations figurant dans l'avant-projet de rapport, les franchises devraient rapporter 850 millions d'euros par an qui financeront la poursuite du plan Alzheimer et du plan national de lutte contre le cancer ainsi que le développement des soins palliatifs. Pour mesurer l'impact réel des franchises, il serait toutefois utile d'avoir des informations précises sur le montant des dépenses qui ont été consacrées à chacune de ces actions en 2007.

M. Pierre Morange : S'agissant du recours au numéro d'identification (communément appelé numéro de sécurité sociale) comme identifiant au répertoire national commun des organismes de sécurité sociale, un comité de pilotage a été constitué et un décret serait en cours de finalisation. Il semble qu'il aurait déjà été transmis pour avis consultatif à la CNIL et devrait être présenté en Conseil d'État en septembre. L'hébergeur qui recueillera l'ensemble des informations dans le fichier sécurisé devrait être opérationnel mi-2009 et l'ensemble des connexions avec la totalité des organismes sociaux devrait être effective début 2010. Confirmez-vous cet agenda ? La disposition votée à la suite

des travaux de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) visait à améliorer les services rendus aux administrés et à lutter contre la fraude. Disposez-vous d'une estimation des bénéfices attendus de ce dispositif ?

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission : Pour quelles raisons le décret d'application n'a-t-il toujours pas été publié compte tenu des délais écoulés depuis l'adoption de ces dispositions, d'autant qu'il y a une urgence certaine en la matière ?

M. Jean-Luc Prél : M. le Ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, le gouvernement, conformément à son engagement, a financé les exonérations de cotisations sociales qui s'élevaient à plus de 5 milliards d'euros, mais la Cour des comptes a critiqué le mécanisme retenu. Qu'en est-il ? Depuis, une dette de 2,5 milliards d'euros s'est reconstituée. Est-il prévu de la compenser cette année ou lors de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale ? Par ailleurs, comment seront financées les lois de financement pour 2007 et 2008, votées en déficit ? Où en sommes-nous sur ce point et où en est le DMP ?

Enfin, les établissements de santé sont en train de voter les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD), approuvés ou non par les ARH : est-ce bien raisonnable de ne le faire qu'à la fin juin ? Peut-on réduire les délais ? Par ailleurs, quelles seront les conséquences des baisses des tarifs sur la trésorerie des établissements ?

M. Roland Muzeau : L'an dernier, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mis en évidence le doublement en quinze ans du montant des dépassements d'honoraires, qui apportent aux médecins 2 milliards de revenus sur les 19 milliards d'honoraires, les deux tiers de ces dépassements restant à la charge des patients. L'IGAS dénonçait également les inégalités d'accès, voire les renoncements aux soins et un recul de la solidarité nationale. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2009 prévoira-t-il des mesures pour lutter contre ces abus, alors que l'IGAS proposait d'encadrer, voire de supprimer les dépassements ? L'assurance maladie pourra-t-elle assumer sa mission de contrôle et sanctionner les médecins ou allez-vous traiter ce problème « par la bande », c'est-à-dire par la mise en place d'un secteur optionnel et des revalorisations tarifaires ?

La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat vient de conclure à la légitimité de nouveaux transferts des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire vers les organismes complémentaires, notamment pour les cures thermales, la kinésithérapie et l'homéopathie, ainsi qu'à la possibilité d'augmenter la participation des complémentaires au fonds de financement de la couverture maladie universelle. Des mesures dans ce sens figureront-elles dans le PLFSS pour 2009 ? Comment garantir alors le principe d'universalité de la sécurité sociale ?

Enfin, en avril dernier, M. Jean Le Garrec a rendu ses conclusions sur la réforme du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Les organisations syndicales et les associations de défense des victimes de l'amiante ont jugé que l'occasion de proposer un système plus juste et moins opaque avait été manquée. Que pensez-vous, Mme la ministre, de ce rapport ? Le PLFSS pour 2009 permettra-t-il d'augmenter les contributions au FCAATA de l'État et des entreprises qui ont exposé leurs salariés à l'amiante ou avez-vous abandonné l'intention d'augmenter le montant de l'allocation de cessation anticipée d'activité (ACAATA) ?

M. Régis Juanico : Permettez-moi de revenir sur la situation financière des hôpitaux publics qui présentent aujourd'hui un déficit cumulé de l'ordre de 800 millions d'euros. Nombre de CHU sont aujourd'hui en déficit et il est demandé aux élus, au sein des conseils d'administration, d'entériner des plans de redressement financiers imposés par les ARH, sans qu'il leur soit possible de se déterminer, alors même que chacun s'accorde à reconnaître, comme l'illustre la question posée au gouvernement le 4 juin 2008 par M. Olivier Jardé, ce sont bien souvent des décisions prises au niveau national qui sont à l'origine de ces déficits ? qu'il s'agisse de la baisse des tarifs hospitaliers, de l'évolution insuffisante de l'enveloppe des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ou de l'explosion des charges de fonctionnement (dépenses énergétiques, prix des médicaments, assurances).

Que compte dès lors faire le gouvernement pour résorber ces déficits et ne pas mettre en difficulté les élus locaux lors des conseils d'administration où ils sont parfois obligés d'entériner des plans de redressement prévoyant la suppression des 100 à 200 emplois sur leur territoire ?

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique : Nous respectons le cadrage financier de la loi de financement de la sécurité sociale. Demain, nous animerons avec Mme Roselyne Bachelot, Mme Valérie Létard et M. Xavier Bertrand la Commission des comptes de la sécurité sociale. Contrairement à l'année dernière, le seuil d'alerte n'est pas déclenché. L'ONDAM sera dépassé d'environ 700 millions d'euros, selon les prévisions, mais nous prenons garde, avec Mme Bachelot, à limiter les dépenses.

Sur les cinquante articles relatifs au champ financier, seuls huit appelaient un texte d'application. Deux sont publiés aujourd'hui – le redressement forfaitaire en cas de travail dissimulé et le contrôle des arrêts de travail avec la contre-visite de l'employeur. Les textes d'application relatifs aux exonérations pour les jeunes agriculteurs et aux taxes pharmaceutiques sont signés et en cours de publication.

En ce qui concerne l'article 20, le texte d'application est soumis à l'avis des caisses nationales de sécurité sociale. La circulaire définira les modalités d'évaluation du dispositif, qui devrait entrer prochainement en vigueur, en s'appuyant sur les associations relais.

S'agissant de l'article 16, qui impose aux employeurs d'adresser chaque année au ministère du travail une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou mis en cessation anticipée d'activité, leur âge et le montant des avantages alloués, il serait prématuré de fixer les modèles de déclaration car les concertations sur l'emploi des seniors sont en cours et les dispositifs pourraient évoluer. Les modèles ne seront réalisés que pour les déclarations transmises à partir de 2009.

Cela étant, l'article 16 s'applique bel et bien et le dispositif de préretraite a permis de collecter 80,4 millions d'euros contre 60 auparavant. Les mises à la retraite d'office ont permis de dégager 3,5 millions en 2007, sur une assiette de 13,9 millions et 130 établissements.

Concernant l'article 111 qui vise à constituer un fichier national regroupant les informations nominatives de l'ensemble des assurés sociaux, nous avons rencontré la CNIL le 9 juin. Elle sera saisie du projet de décret en juillet et ce dispositif devrait être mis en œuvre à partir de 2009. La Caisse nationale d'assurance vieillesse sera chargée de réaliser le répertoire commun qui sera financé dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012.

Nous avons par ailleurs l'intention d'affecter, à taux de cotisation égal, une partie des cotisations UNEDIC à la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

M. Jean-Luc Prével est revenu sur les critiques émises par la Cour des comptes à l'encontre du mécanisme par lequel nous avons réglé une partie des dettes de l'État envers la sécurité sociale. L'ACOSS a émis des billets de trésorerie pour 5,1 milliards d'euros. La Caisse de la dette publique, grâce à des recettes de privatisation, les a souscrits puis a abandonné la créance qu'elle détenait sur l'ACOSS, laquelle a alors annulé la dette de l'État à son égard. Cette opération s'est réalisée dans la plus totale transparence et a été expliquée devant la commission des finances et la représentation nationale. La Cour nous reproche de ne pas avoir inscrit cette dette au budget 2007, mais cette dette s'est accumulée bien avant l'exercice 2007 qu'elle ne concernait pas. Nous avons en tout cas apuré la dette au 31 décembre 2006. Certes, elle s'est reconstituée, mais j'espère que la prochaine loi de finances pourra l'apurer à nouveau.

J'ai fait parvenir, à la demande du Premier ministre, des instructions aux gestionnaires des ministères pour leur demander de ne pas alourdir la dette à l'égard de la sécurité sociale.

Je tiens enfin à vous rassurer, il n'est pas question, s'agissant du déficit à fin 2007 qui s'élève à 23 milliards d'euros pour le régime général et à un peu plus de 7 milliards d'euros pour le Fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA), de prolonger la durée de vie de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), ni d'utiliser le Fonds de réserve des retraites (FRR) ou le flux d'alimentation de ces fonds, ni d'augmenter la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

Il reste peu de solutions pour utiliser les excédents disponibles. Grâce à la baisse du chômage, nous pourrions transférer une partie des excédents du Fonds de solidarité vieillesse pour couvrir l'annuité d'amortissement de la dette supplémentaire que nous transférerons à la CADES, y compris la dette du Fonds de solidarité vieillesse, qui s'élève à 3,8 milliards d'euros. Je vous donnerai d'autres précisions dans les prochaines semaines.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative : Sur 42 articles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 concernant le ministère de la santé, 20 sont d'application directe, les 22 autres nécessitant 31 décrets et arrêtés d'application. Sur ces 31 textes, 11 sont d'ores et déjà publiés ou en cours de contreseing et 20 ont été élaborés ou sont en cours de concertation. Les débats sont récurrents s'agissant des retards pris mais je note qu'il n'en va pas différemment eu égard aux années précédentes, quels qu'aient été les gouvernements qui se sont succédé. À cela s'ajoute que le ministère de la santé est à l'origine de 30 % des textes réglementaires de l'ensemble du gouvernement...

M. Roland Muzeau : Quelle santé !

Mme la ministre : ... alors que son administration – à laquelle je rends hommage – représente moins de 1 % des personnels administratifs de l'État. En outre, les textes votés sont extrêmement complexes, impliquent des concertations avec des acteurs très divers et comportent des aspects éthiques, voire philosophiques, particulièrement délicats. Les efforts réalisés, enfin, sont loin d'être négligeables.

Les textes réglementaires qui ont été publiés ou les articles qui sont d'application directe ont d'ores et déjà permis d'engager un changement en profondeur de notre système de santé – même si des progrès restent bien entendu à accomplir. Je songe, tout d'abord, aux modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels prévoyant des revalorisations tarifaires prévues à l'article 36 : le délai de six mois entre la date de ces accords et l'entrée en vigueur des revalorisations s'applique déjà pour les orthoptistes et pourrait s'appliquer prochainement aux généralistes dans l'hypothèse d'un avenant portant la consultation à 23 euros.

C'est également le cas avec la prise en compte de critères médico-économiques dans les avis et recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), en application de l'article 41. J'ai envoyé au début de l'année une lettre de mission à son président pour lui demander que soit mise en œuvre sans tarder cette nouvelle mission afin de promouvoir les thérapeutiques les plus efficaces et les plus économiques ; les premières recommandations pourraient être émises par la HAS cet été en ce qui concerne l'intérêt relatif des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) par rapport aux sartans dans la prise en charge de l'hypertension artérielle.

En outre, les franchises médicales sont appliquées depuis le 1^{er} janvier 2008 aux boîtes de médicaments, aux transports sanitaires et aux actes paramédicaux. La rapidité avec laquelle cette mesure a été mise en œuvre permet aujourd'hui un rendement conforme aux prévisions initiales, celui-ci représentant en effet un peu plus de 300 millions d'euros à la fin du mois d'avril. Le rapport qui doit être adressé au Parlement à ce sujet sera transmis avant la fin de l'année : il indiquera les montants correspondants aux franchises qui auront pu être affectés à la lutte contre la maladie d'Alzheimer et contre le cancer mais également au développement des soins palliatifs. Je vous ferai part de chiffres plus précis mais je peux d'ores et déjà vous indiquer que le montant des dépenses pour 2007, s'agissant du régime général, atteindrait 13 milliards d'euros pour le cancer (soit 3,5 % d'augmentation par an), 2 milliards d'euros pour la maladie d'Alzheimer (6 % à 7 %) et 500 millions d'euros pour les soins palliatifs (6 %).

Une autre mesure changera la vie de nos concitoyens dès l'automne prochain : grâce à deux décrets qui seront publiés très prochainement, il ne sera plus nécessaire d'aller chez le médecin pour se faire revacciner contre la grippe, cet acte pouvant être accompli sans prescription par une infirmière.

Le PLFSS pour 2008 m'a par ailleurs donné les moyens d'engager la modernisation de notre système hospitalier à travers trois avancées significatives : la valorisation de l'activité à 100 % des tarifs dans les établissements antérieurement sous dotation globale, les critères encadrant les contrats de retour à l'équilibre (CRE) et la possibilité de mise sous entente préalable des établissements de santé présentant une proportion excessive d'hospitalisations complètes.

Le passage à un financement de 100 % de l'activité par les tarifs pour les établissements de santé du secteur public est effectif depuis le 1^{er} janvier 2008 grâce à la publication de plusieurs textes d'application de l'article 62 de la loi qu'il s'agisse du décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ou des arrêtés en date des 26 décembre 2007 et 23 janvier 2008. La rémunération en totalité du court séjour dans les établissements par les tarifs à l'activité contribue désormais à responsabiliser ces derniers et les incite à réaliser des gains d'efficience.

Le décret d'application de cet article sur le renforcement du cadre juridique des contrats de retour à l'équilibre fixant les critères précis de déséquilibre financier justifiant l'élaboration d'un plan de redressement donnant lieu à la conclusion d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens entre l'établissement de santé en difficulté et l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), est quant à lui en cours de contreseing. Je tiens toutefois à souligner que nous n'avons pas attendu la publication du décret pour donner des instructions précises aux ARH, en raison d'une vigilance toute particulière sur l'équilibre financier des hôpitaux. C'est d'ailleurs le sens de la circulaire de début de campagne tarifaire, datée du 3 mars 2008, qui rappelle que « *l'objectif de retour à l'équilibre des établissements de santé est une priorité* » et demande aux

ARH de s'« *impliquer fortement et de mobiliser à cet effet l'ensemble des outils et procédures qui sont à leur disposition* », « *la présentation et l'approbation d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) en équilibre* » étant « *la règle posée par l'article R. 6145-11 du code de la santé publique, à laquelle il n'est possible de déroger qu'à certaines conditions et au vu de solides justifications* ». Je rappelle que, même sans attendre le décret, les ARH peuvent déjà conclure des contrats de retour à l'équilibre dès l'apparition d'une situation déficitaire. Au-delà d'un seuil de 2,5 % de déficit pour les CHU et de 3,5 % pour les autres établissements, les ARH peuvent en outre demander aux chambres régionales des comptes un avis sur la situation financière des établissements et des propositions en vue de leur redressement. L'approbation des budgets de 2008 par les ARH s'inscrit dans cette volonté de redressement progressif des comptes des établissements de santé.

L'ONDAM hospitalier a par ailleurs augmenté quasiment deux fois plus vite que la richesse nationale. Outre que le déficit d'un hôpital n'est en rien une fatalité et que ses causes sont souvent identiques, les hôpitaux publics ne font pas preuve de la réactivité qui s'impose, par exemple en matière de plans d'investissement : il faut six mois à une clinique privée pour acheter un lit médicalisé ; il faut deux ans pour un hôpital public. La loi que je présenterai à l'automne tendra à faciliter leur gestion. J'ajoute que l'ensemble des groupes politiques a réclamé le passage de la T2A à 100 % ...

M. Roland Muzeau : Pas du tout. Là, c'est Alzheimer !

Mme la ministre : ...de même que la Fédération hospitalière de France (FHF). Outre que les établissements en difficulté seront accompagnés jusqu'en 2012, la précarité sera désormais mieux prise en compte pour les établissements recevant des populations en grande difficulté (titulaires du RMI, de la CMU ou de l'AME par exemple).

Le passage à la T2A a été un révélateur des difficultés rencontrées, et tout spécialement pour les CHU. Cette dernière visant à égaliser les conditions de financement des établissements, il n'y a aucune raison pour que des injustices se fassent jour entre des structures ayant des activités égales. Ce sont des prévisions d'activité trop optimistes pour 2007 qui ont, hélas, contribué à dégrader les équilibres de certains d'entre eux en fin de gestion. Je signale par ailleurs que l'on dénombre autant de CHU « gagnants » à la T2A que d'établissements « perdants ». La tarification à l'activité implique donc des efforts d'adaptation. J'ai eu également l'occasion de dire aux maires présidents de conseils d'administration de CHU que le gouvernement accompagnerait les mesures de redressements qu'ils mettront en place. Enfin, j'ai demandé à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) d'animer un groupe de travail avec la conférence des directeurs généraux de CHU afin d'identifier les difficultés rencontrées. Je crois en effet beaucoup, en la matière, à la comparaison entre établissements qui est toujours très riche d'enseignements.

S'agissant de la convergence intersectorielle, les divers travaux en cours visent à isoler les facteurs de différenciation des écarts de coûts entre les tarifs du public et du privé qui pourront ainsi être financés selon d'autres modalités. Outre l'étude nationale des coûts commune aux secteurs public et privé, deux études spécifiques sont menées : l'une portant sur l'élaboration de la nouvelle classification des prestations, dite « V11 », et devant prendre en compte la sévérité des pathologies, l'autre concernant la précarité des patients. L'application de ces modifications du modèle de la T2A est prévue pour la campagne tarifaire 2009. Le rapport sur le bilan des travaux sur la mesure des écarts qui existent entre les tarifs du public et ceux du privé, enfin, sera bien remis le 15 octobre 2008 comme prévu par la loi.

L'article 37 prévoit la mise sous accord préalable des établissements de santé pour lesquels une proportion excessive d'hospitalisations complètes est constatée. Une instruction de la CNAM a été adressée au réseau des caisses d'assurance maladie en janvier 2008. J'ai en outre rappelé aux directeurs des ARH l'existence de cette procédure dans une instruction du 29 avril dernier afin notamment de promouvoir le développement de la chirurgie ambulatoire. D'après les premières informations, le dispositif fonctionne bien dans plusieurs régions, notamment en Île-de-France, en Picardie et en Champagne-Ardenne.

Le numéro unique d'identification devrait être quant à lui disponible le 15 octobre prochain. Ce retard s'explique par des problèmes rencontrés lors du rapprochement des données éparpillées dans de multiples fichiers. Ce numéro figurera sur la carte du professionnel de santé (CPS) et sera également utilisé par les ordres professionnels.

Deux décrets en Conseil d'État et un arrêté sont par ailleurs prévus pour l'application des dispositions de la loi concernant les dépassements d'honoraires. L'article 39 permet tout d'abord de renforcer la transparence dans ce domaine, en prévoyant l'obligation pour les professionnels de santé de délivrer à leurs patients une information écrite préalable sur le tarif des actes et le montant du dépassement et d'afficher les informations concernant leurs honoraires dans leur salle d'attente, ces deux obligations étant assorties de sanctions. La mise au point de ces textes a nécessité des discussions approfondies avec les régimes d'assurance maladie et les partenaires sociaux, s'agissant notamment de l'arrêté fixant le montant à partir duquel cette information écrite préalable est obligatoire, qui doit prendre en compte les contraintes des professionnels de santé et a suscité des discussions particulièrement animées. Le Conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a fait part de ses réserves sur un projet d'arrêté fixant ce seuil à 80 euros, en s'y déclarant défavorable en mai dernier. Des discussions sont en cours mais je tiens à ce que cet arrêté sorte rapidement.

Le projet de décret sur l'obligation d'affichage a quant à lui fait l'objet de plusieurs consultations. Ce texte, piloté par la direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) a été soumis à la consultation du Conseil national de la consommation (CNC) le 29 mai.

Les professionnels l'ont plutôt bien accueilli mais l'avis du CNC a permis d'apporter quelques clarifications. Ainsi, le praticien devrait non seulement afficher ses tarifs mais également la base de remboursement. En outre, la phrase indiquée sur l'affichette a dû être adaptée à chaque profession en fonction de sa situation. Le projet de décret devrait pouvoir être transmis au Conseil d'État à la fin du mois de juin, ce qui permettrait une publication en juillet. Une série de contrôles de la DGCCRF sera par ailleurs lancée en 2009 afin de vérifier le respect de cette obligation d'affichage. Le contenu du décret est donc très simple : l'obligation d'affichage portera sur les honoraires moyens des actes les plus couramment pratiqués par les professionnels de santé, en regard des tarifs opposables ; il définit également une phrase-type que le praticien doit afficher et qui précise son mode de conventionnement ou s'il n'est pas conventionné. Enfin, des sanctions administratives sont instituées, ce qui devrait accroître leur efficacité par rapport au dispositif antérieur qui prévoyait des sanctions pénales.

L'article 39 a ainsi permis de renforcer les sanctions à l'égard des professionnels de santé qui ne respectent pas leur devoir d'information préalable des patients. Par ailleurs, l'article 51 de la loi permet aux directeurs des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de prononcer des pénalités à l'encontre des médecins facturant des dépassements d'honoraires au-delà du tact et de la mesure. Un projet de décret en Conseil d'État relatif à ces deux types de sanctions fait l'objet de consultations informelles auprès des trois caisses nationales d'assurance maladie. Outre la définition du barème des pénalités applicables, il permettra de simplifier la procédure des pénalités. Ce texte devrait être publié au début de l'automne.

Les décrets d'application de l'article 44 de la loi prévoyant des expérimentations sur de nouveaux modes de rémunération, alternatifs ou complémentaires au paiement à l'acte, et le financement de la permanence des soins seront très brefs, la loi étant déjà complète ; ils seront principalement procéduraux, afin notamment de préciser le rôle des missions régionales de santé (MRS). Le nombre de consultations obligatoires avec, par exemple, l'UNCAM et les syndicats de professionnels explique que la préparation des textes prenne du temps. J'ai par ailleurs sensibilisé dès le mois de février les MRS sur l'ensemble de ces questions et certaines se sont spontanément manifestées pour conduire ces expérimentations. S'agissant des nouveaux modes de rémunération, un groupe de travail s'est réuni pendant les quatre premiers mois de l'année, puis un comité de pilotage comprenant des représentants des professionnels de santé et des MRS a été convoqué. La réunion du 15 mai a ainsi permis d'élaborer un cahier des charges détaillant les caractéristiques minimales attendues des expérimentateurs, notamment en ce qui concerne la nature du projet de santé et l'informatisation. Je souhaite que les sites expérimentateurs puissent être choisis en septembre. Les modèles économiques de rémunérations alternatives au paiement à l'acte intégral restent quant à eux à définir ; il s'agit là d'un problème crucial dès lors qu'ils permettront la répartition de la rémunération des professionnels, par exemple, entre un forfait pour la prise en charge globale des patients et les nouvelles missions d'éducation thérapeutique et d'accompagnement, le paiement à l'acte

pour l'activité et une partie de paiement à la performance sur des indicateurs de santé publique et d'efficience. Il sera en outre nécessaire d'adapter ces modèles économiques aux spécificités des sites expérimentateurs et de mettre en place des systèmes d'information et de communication avec les patients. Nous n'avons donc pas perdu notre temps : si cette mesure est simple, il n'en va pas de même de ses modalités d'application.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail : Qui sera pilote ?

Mme la ministre : Les MRS.

L'expérimentation relative au transfert du financement de la permanence des soins (PDS) vers les MRS s'inscrit quant à elle dans un contexte de modernisation de ce dispositif. Elle ne pourra s'effectuer que dans les départements où la PDS aura été stabilisée pour l'ensemble des périodes de fermeture des cabinets. L'avenant 27 à la convention médicale, signé en décembre 2007, ayant étendu ce dispositif à l'ensemble des périodes de fermeture des cabinets de médecins libéraux, ses conditions d'application ont entraîné une nouvelle organisation dans certains départements : diminution du nombre de secteurs de garde, points de consultation fixes, collaborations plus fréquentes avec les établissements de santé. Cette mutation a été facilitée par une mission d'appui pluridisciplinaire dont le travail devrait s'achever en juillet après que les représentants de plus de 30 départements auront été auditionnés. Ce n'est que lorsque ce travail sera achevé que l'expérimentation prévue par l'article 44 pourra s'effectuer dans les départements où la PDS a été stabilisée.

Le projet de dossier médical personnel (DMP) était au point mort lorsque j'ai pris mes fonctions. Après un audit ayant démontré la nécessité de le conserver tout en changeant d'approche, j'ai mandaté un groupe d'experts afin de définir un plan de relance. Le rapport qui m'a été remis est excellent, quant au diagnostic comme aux préconisations. Je vais donc prochainement relancer le DMP sur la base de grandes orientations stratégiques en vue de sa généralisation progressive en 2012. Je rappelle toutefois que l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 sur le DMP garde toute sa pertinence : le portail de confiance pour l'accès au DMP est conservé, de même que le droit de masquage. Nous pourrions également avancer s'agissant de l'arrêté prévu par cet article concernant les conditions de mise à disposition des fonctions de ce portail de confiance pour d'autres réseaux de santé. Un décret sur le DMP sera par ailleurs soumis à concertation avant d'être transmis au Conseil d'État.

Je souscris évidemment à l'objectif d'une application très rapide des lois votées par le Parlement mais la mise en œuvre effective des dispositions que vous avez votées dépend aussi de la qualité des textes d'application et suppose, pour certaines mesures novatrices, l'engagement de concertations préalables particulièrement nourries. Chacun doit être placé devant ses responsabilités et s'approprier les outils de la réforme. L'application de la loi de financement, enfin,

ne relève pas seulement du droit mais également de l'économie puisqu'il s'agit de piloter au plus près l'ONDAM. Je m'associe, en la matière, aux propos de M. le ministre des comptes publics.

M. Roland Muzeau : *Quid* des transferts de charges vers les assurances complémentaires ?

Mme la ministre : À ce jour, rien n'est encore arrêté et les négociations se poursuivent.

M. Jean-Luc Prél : Qu'en est-il du délai de validation des EPRD, particulièrement long ?

Mme la ministre : Cette année a été un peu exceptionnelle : outre les élections municipales, la réunion des nouveaux conseils d'administration a été plus tardive.

M. le Président : Qu'en est-il du financement de cent maisons de santé pluridisciplinaires ?

Mme la ministre : Il est en voie de réalisation.

M. le Président : Vous avez déjà reçu des dossiers ?

Mme la ministre : Oui.

M. le Président : À combien s'élève le montant de l'aide ?

Mme la ministre : À 50 000 euros par maison de santé.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État auprès du ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, chargée de la solidarité : En ce qui concerne les secteurs médico-social, vieillesse, accident du travail/maladies professionnelles (AT/MP) et famille, 15 textes devaient paraître, dont huit ont été publiés et trois le seront dans les jours prochains.

En application de l'article 93 prévoyant le principe de modulation de l'allocation de rentrée scolaire en fonction de l'âge de l'enfant (ARS), Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille, mène une négociation avec les partenaires sociaux et l'Union nationale des associations familiales (UNAF) sur les seuils et les montants qui pourraient être inscrits dans le décret d'application. Il s'agit en l'occurrence d'adapter les prestations familiales aux besoins des familles car plus l'enfant grandit, plus ces dernières supportent des dépenses importantes. Quelle que soit l'option finalement retenue sur la modulation, je vous confirme que l'ARS sera servie comme chaque année le 20 août.

Les ressortissants communautaires inactifs ne sont en situation régulière que s'ils disposent de ressources suffisantes – RMI ou allocation de solidarité aux

personnes âgées (ASPA) – et d’une couverture maladie. Ces deux conditions figurent dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui a modifiée en ce sens l’article L. 512-2 du code de la sécurité sociale. Une circulaire conjointe de la direction de la sécurité sociale et de la direction générale de l’action sociale est en cours de finalisation afin de préciser l’application de la loi. Par ailleurs, l’article 95 étant d’application directe, cette circulaire ne vise qu’à préciser les modalités de mise en œuvre et n’a pas valeur réglementaire ; le risque juridique est nul.

Le gouvernement souhaite par ailleurs étendre le bénéfice de la prestation de compensation du handicap (PCH) aux enfants ; environ 6 000 d’entre eux, lourdement handicapés, devraient en bénéficier cette année. Cette ouverture doit se faire en deux étapes : la première a pris la forme d’un droit d’option entre les compléments d’allocation d’éducation de l’enfant handicapé (AEEH) et la PCH – sa mise en place nécessitait d’ailleurs quatre textes d’application, qui ont été pris – ce droit étant en outre en vigueur depuis le mois d’avril 2008, la charge de travail des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) est donc progressive. Néanmoins, comme cela a été annoncé le 10 juin dernier lors de la Conférence nationale du handicap, des concertations seront menées entre les usagers, les associations représentatives des personnes handicapées et les conseils généraux autour du « cinquième risque » – qui permettront de formuler des propositions précises afin de régler plus largement les difficultés de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) : statut, personnels, retards de traitement dans les dossiers. Cette extension de la PCH aux enfants handicapés devrait contribuer à améliorer les situations les plus difficiles, mais il impose également un délai supplémentaire à beaucoup de familles. C’est pourquoi la seconde étape demeure nécessaire afin d’adapter la PCH aux spécificités de la compensation du handicap chez l’enfant, notamment pour la prise en charge des besoins éducatifs. Nous avons donc mis en place un groupe piloté par le délégué interministériel aux personnes handicapées qui devra faire des propositions afin de s’assurer que la PCH rénovée permettra de bien prendre en compte l’ensemble des besoins spécifiques de tous ces enfants et de déterminer une ligne de partage entre les besoins pris en compte au titre des prestations familiales et ceux qui le sont au titre de la PCH.

Je rappelle, enfin, que les règles de liquidation et de service des pensions versées par organismes complémentaires AGIRC et ARRCO dépendent des partenaires sociaux mais également que les règles relatives aux durées d’assurance permettant d’obtenir une retraite à taux plein s’appliquent par génération. Les personnes âgées de plus de 60 ans peuvent donc continuer à travailler en toute sécurité. Les mesures décidées – libéralisation du cumul emploi-retraite et relèvement du taux de la surcote – ne font en outre que renforcer l’intérêt qu’il y a, pour les seniors, à travailler.

M. le Président : Même en cas de baisse des retraites complémentaires ?

Mme la secrétaire d'État : Tel qu'il est prévu, le dispositif ne devrait pas susciter quelque problème que ce soit.

Il faut par ailleurs sortir du système actuel de listes d'établissements ouvrant droit au Fonds de cessation d'activité anticipée des travailleurs de l'amiante (FCATA) au profit de listes de métiers pouvant exposer des salariés. C'est en tout cas ce que préconise le rapport de M. Jean Le Garrec, remis le 24 avril 2008. Cela nécessite non seulement un travail commun avec les partenaires sociaux mais une évaluation des effectifs potentiellement concernés afin de respecter les exigences de soutenabilité financière. Nous allons donc engager une nouvelle concertation afin de pouvoir répondre à ces questions dans le cadre du prochain PLFSS.

M. Hervé Féron, rapporteur : Des moyens supplémentaires seront-ils transférés aux départements afin de permettre aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) de gérer au mieux ces nouvelles dispositions ?

Les 138 millions économisés par la branche famille serviront-ils à la nouvelle organisation de la modulation de l'ARS ?

Mme la secrétaire d'État : L'objectif prioritaire est d'utiliser la mise en place du « cinquième risque » afin de travailler sur le statut des MDPH et de leurs personnels. Nous sommes par ailleurs en train de définir les conditions de mise en place de la modulation de l'ARS, en particulier son budget.

M. le Président : Je vous remercie.

*

La commission a autorisé, en application de l'article 145 du Règlement, le dépôt du rapport sur la mise en application de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, en vue de sa publication.

ANNEXES

ANNEXE 1

Tableau de suivi de la mise en application de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

(au 17 juin 2008)

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
Première partie – Dispositions relatives à l'exercice 2006		
1^{er}	Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006	Application directe
2	Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2006	Application directe
Deuxième partie – Dispositions relatives à l'année 2007		
<i>Section 1 – Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</i>		
3	Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2007	Application directe
4	Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et prévisions de recettes rectifiées du Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	Application directe
<i>Section 2 – Dispositions relatives aux dépenses</i>		
5	Diminution du montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)	Application directe
6	Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche	Application directe
7	Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)	Application directe
Troisième partie – Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2008		
8	Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)	Application directe
<i>Section 1 – Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement</i>		
9	Suppression de la faculté ouverte aux fonctionnaires devenus parlementaires de continuer à cotiser dans leur régime de retraite d'origine	Application directe
10	Modulation des minima de perception applicables aux cigarettes et tabacs à rouler	Application directe
11	Relèvement des minima de perception sur les cigarettes et les tabacs à rouler	Application directe
12	Définition de l'assiette retenue pour le calcul des allègements « Fillon »	Application directe
13	Contributions patronale et salariale sur les stock-options et les attributions gratuites d'actions	Application directe Circulaire n° DSS/5B/2008/119 du 8 avril 2008
14	Diverses dispositions relatives aux contributions pharmaceutiques : – modulation de l'abattement forfaitaire sur la contribution sur la promotion à la charge des entreprises pharmaceutiques lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois (6° du I) ; – report au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe des abattements, d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments orphelins ou des spécialités génériques, lorsque ces abattements sont supérieurs à l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion (6° du I) ;	Décret en Conseil d'État en cours de contreseing

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
	<p>– modulation du montant du chiffre d'affaires hors taxes, réalisé au cours d'un exercice ou de plusieurs exercices, en deçà duquel les entreprises pharmaceutiques sont exonérées de cette contribution lorsque la durée du ou des derniers exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution diffère de douze mois (7° du I)</p> <p>– modulation de l'abattement sur l'assiette de la contribution sur la promotion à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux si la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois (8° du I)</p> <p>– modulation du montant du chiffre d'affaires en deçà duquel les fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux sont exonérés de la contribution selon la durée du ou des exercices clos (9° du I)</p>	
16	<p>Prélèvement social sur les préretraites, cessations anticipées d'activité et les indemnités de mise à la retraite Suppression du départ à la retraite avec l'accord de l'employeur</p> <p>Statistiques sur les préretraites, cessations anticipées d'activité, mises à la retraite d'office et licenciements des salariés de plus de 60 ans</p>	<p>Application directe Circulaire n° DSS/5B/2008/66 du 25 février 2008</p> <p>Arrêté interministériel fixant le modèle de déclaration annuelle des données non publié (en attente des conclusions de la concertation sur l'emploi des seniors)</p>
17	Aménagement de l'assiette forfaitaire de contribution sociale généralisée des non-salariés agricoles	Application directe
18	Assouplissement du régime d'exonération partielle de cotisations des jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole	Décret simple en cours de contreseing
19	Suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale	Application directe
20	Dispositif expérimental d'affiliation au régime général pour les personnes exerçant une activité procurant de faibles revenus	Les conseils d'administration des caisses nationales ont été saisis pour avis le 23 mai 2008 d'un projet de décret simple.
22	Suppression des exonérations de cotisations accidents du travail - maladies professionnelles	Application directe Circulaire n° DSS/5B/2008/27 du 30 janvier 2008
23	Aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés	Application directe
24	Non-compensation de dispositifs d'exonération de cotisations sociales	Application directe
27	Cotisations à la Caisse des Français de l'étranger	Application directe
28	Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales	Application directe
Section 2 – Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre		
29	Prévisions de recettes des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement de la sécurité sociale	Application directe
30	Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base	Application directe
31	Approbation du tableau d'équilibre du régime général	Application directe
32	Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	Application directe
33	Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	Application directe
Section 3 – Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité		
34	Certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale	Décret en Conseil d'État en préparation (automne 2008)
35	Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
Quatrième partie – Dispositions relatives aux dépenses pour 2008		
Section 1 – Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie		
36	Modifications de la procédure d'alerte et des modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels de revalorisations tarifaires	Application directe
37	Extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable : définition des modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, produits ou prestations	Décret en cours de contreseing
38	Renforcement de l'encadrement des transports des assurés en taxi	Application directe (convention-type des taxis en préparation par l'UNCAM)
39	Renforcement du contrôle des caisses d'assurance maladie et de l'information des assurés sur les dépassements d'honoraires : – Montant du tarif au-delà duquel une information écrite préalable doit être remise au patient – Modalités d'affichage des informations relatives aux honoraires des professionnels de santé	Arrêté en attente de publication Décret en Conseil d'État en attente de publication
40	Conditions de réalisation des vaccinations pouvant être effectuées par les infirmiers sans prescription médicale	Deux décrets en Conseil d'État en cours de contreseing
41	Prise en compte du critère médico-économique dans les avis et recommandations de la Haute Autorité de santé	Application directe
43	Champ de la convention médicale et possibilité pour les médecins de conclure des contrats individualisés d'amélioration des pratiques : Délai au cours duquel les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent s'opposer au contrat type	Décret en cours de contreseing
44	Modalités de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels, des centres et des maisons de santé par les missions régionales de santé (MRS) (I) Modalités de mise en œuvre des expérimentations relatives à la rémunération de la permanence des soins par les MRS (II)	Décrets en concertation
45	Contribution forfaitaire à la charge des professionnels n'assurant pas une transmission électronique des feuilles de soins	Renvoie à un accord conventionnel ou à défaut une décision du directeur de l'UNCAM
46	Répartition des infirmiers sur l'ensemble du territoire et définition par les MRS de zones de recours aux soins ambulatoire : – critères de classification des zones par les MRS, selon la densité des professionnels de santé ;	Arrêté en attente de publication Circulaire n° DHOS/DSS/DREES/ 2008-130 du 14 avril 2008 (nouvelles modalités opérationnelles de définition des zones géographiques de répartition des médecins généralistes)
	– articulation entre l'offre infirmière libérale et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).	Arrêté en attente de publication
47	Répartition géographique des chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et masseurs-kinésithérapeutes	Renvoie à un accord conventionnel entre l'assurance maladie et les professionnels
48	Répartition géographique des médecins libéraux	Renvoie à un accord conventionnel entre l'assurance maladie et les professionnels
50	Détermination de la présentation et des éléments obligatoires du devis normalisé pour les appareillages audioprothétiques	Décret en cours de concertation
51	Élargissement du champ des pénalités financières : aux transporteurs sanitaires et aux entreprises de taxis ; aux cas de non présentation de l'information écrite préalable sur les honoraires et dans des cas de dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure	Décret en Conseil d'État en préparation

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
52	Création d'une franchise sur les médicaments, les transports et les actes paramédicaux	Décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 relatif à l'application de la franchise
53	Délivrance des grands conditionnements de médicaments par les pharmaciens	Application directe
54	Incitations pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire à s'inscrire dans le parcours de soins	Décret en préparation
55	Dispositions relatives au dossier médical personnel (DMP), concernant notamment le droit de masquage et les conditions de mise à disposition d'autres organismes des fonctions du portail d'accès au DMP	Publication prévue pour la fin de l'année d'un décret en Conseil d'État et d'un arrêté
56	Dossier pharmaceutique	Décret en Conseil d'État en concertation
57	Dispositions diverses visant à l'harmonisation des prestations de maladie et de maternité entre les différents régimes de sécurité sociale	
	I.- Règles relatives à la charge et au service des prestations	Décret en Conseil d'État en préparation
	II.- Durée minimale du congé prénatal pour les assurées relevant du RSI	Décret en attente de publication
	III.- Allocation de remplacement des femmes exploitantes agricoles	Décret n° 2008-536 du 5 juin 2008
	IV.- Grossesse pathologique due au diéthylstilbestrol pour les femmes exploitantes agricoles	Décret n° 2008-537 du 5 juin 2008
	V.- Grossesse pathologique due au diéthylstilbestrol pour les assurées relevant d'un régime non salarié non agricole	Application directe
	VI.- Conditions de suppression de la participation de l'assuré (ALD Hors liste)	Décret en Conseil d'État et arrêté en préparation
59	Restructuration du réseau des officines de pharmacie	Décret (CE) non publié modifiant : – l'article R. 5125-6 (règles de priorité) ; – l'article R. 5125-8 (suppression de la limitation au département limitrophe) ; – abrogeant les articles R. 5125-31 à R. 5125-33 (carte départementale).
60	Montant pour 2008 de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés	Application directe
61	Contribution financière des établissements de santé à la Haute autorité de santé (HAS)	Application directe
62	Dispositions relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé	Décret (CE) n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 Arrêtés du 26 décembre 2007 (révision à la baisse des tarifs) et du 23 janvier 2008 (avances de trésorerie) Circulaire n° DHOS/F4/DSS/1A/DGCP/5C/2008/11 du 16 janvier 2008 Décret en Conseil d'État (application de la T2A au service de santé des armées) en préparation Décret (plans de retour à l'équilibre) en cours de contreseing Arrêté (passage des établissements de Guyane à la T2A) non publié
63	Rapport au Parlement sur l'expérimentation de la tarification à l'activité pour la psychiatrie et les soins de suite et de réadaptation	Ce rapport doit être remis au Parlement avant le 15 octobre 2009
64	Expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires	Arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale non publié
65	Pénalités financières en cas de non-respect de l'obligation d'identification individuelle des médecins hospitaliers et des médecins salariés des centres de santé	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
66	Groupements de coopération sanitaire	Décret en Conseil d'État en préparation
69	Financement des investissements de création de places et de rénovation des établissements sociaux et médicosociaux par la CNSA (<i>I</i>)	Arrêté sur l'utilisation et l'affectation des crédits d'investissement en préparation , suite aux délibérations du conseil d'administration de la CNSA d'avril 2008
	Tarifification des établissements d'hébergement de personnes âgées non conventionnés (<i>II à VI</i>)	Arrêté du 14 avril 2008 (tarification d'office et forfait global de soins)
	Régime des foyers logements non couverts par un conventionnement partiel et disposant d'une section de cure médicale ou d'un forfait de soins courants (<i>VII</i>)	Décret simple en préparation (modification du décret n° 2007-793 afin d'élargir le périmètre du conventionnement partiel et modification de l'art. D.232-22 CASF)
	Programmation pluriannuelle du financement des créations de places dans les établissements sociaux et médicosociaux (<i>VIII et IX</i>)	Arrêté relatif aux tarifs plafonds en concertation (expertisé par le secrétariat général du gouvernement et transmis pour avis au conseil d'administration de la CNAMTS)
70	Possibilité pour les groupements de coopération d'établissements sociaux et médico-sociaux d'offrir des services d'aide à la personne	Application directe
71	Interruption volontaire de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse en centre de planification ou d'éducation familiale	Publication d'un décret en Conseil d'État prévue en juillet 2008
72	Dépistage et vaccination gratuits des hépatites virales en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)	Application directe Circulaire n° DGS/MC2/2008/79 du 28 février 2008 (mise en place des CSAPA et des schémas régionaux médico-sociaux d'addictologie)
73	Conditions d'autorisation des campagnes publicitaires auprès du public pour des vaccins obligatoires ou recommandés sous la forme de messages télévisuels ou radiodiffusés	Application directe
74	Fixation du montant de la dotation et du plafond de dépenses du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)	Application directe
75	Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	Application directe
76	Fixation du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)	Application directe
77	Dotations de financement de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)	Application directe
78	Contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	Application directe
79	Compétences du Fonds pour l'emploi hospitalier	Application directe
Section 2 – Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse		
84	Neutralité financière des barèmes de calcul des rachats de cotisation	Application directe
85	Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2008	Application directe
Section 3 – Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles		
86	Plafonnement de l'indemnisation des accidents du travail successifs	Application directe
87	Clarification juridique du dispositif des rentes de certains ayants droit de victimes d'accidents du travail	Application directe
89	Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA)	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
91	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	Application directe
92	Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2008	Application directe
Section 4 – Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille		
93	Modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire en fonction de l'âge de l'enfant	Décret en Conseil d'État et décret simple non publiés
94	Extension aux enfants handicapés de la prestation de compensation du handicap	Décrets n ^{os} 2008-450 et 2008-451 du 7 mai 2008 Décrets n ^{os} 2008-530 et 2008-531 du 4 juin 2008 Arrêté du 7 mai 2008 relatif aux références applicables aux étapes du développement habituel d'un enfant
95	Clarification du droit aux prestations familiales des ressortissants communautaires	I - Circulaire ministérielle en préparation III - Décret simple en cours de finalisation
96	Procédure accélérée de contestation des décisions du service du contrôle médical pour les parents demandant l'allocation journalière de présence parentale	Application directe
98	Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2008	Application directe
Section 5 – Dispositions relatives à l'information et au contrôle du Parlement		
99	Transmission des référés de la Cour des comptes aux commissions des affaires sociales des assemblées	Application directe
Section 6 – 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		
100	Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'État et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale	Application directe
101	Réglementation des marchés des organismes de sécurité sociale (I et II)	Arrêté en cours de contreseing
	Fusion du fonds national de gestion administrative et du fonds national du contrôle médical de la CNAM (V)	Décret en Conseil d'État en préparation (automne 2008)
102	Renforcement des moyens de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	Décret n° 2008-485 du 22 mai 2008
Section 7 – Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude		
103	Expérimentations concernant les contrôles médicaux des arrêts de travail organisés par les employeurs et les caisses d'assurance maladie	Décret n° 2008-552 du 11 juin 2008 fixant les délais mentionnés à l'article 103
104	Transmission d'informations sur les faits de nature à constituer une fraude par les caisses d'assurance maladie aux organismes complémentaires	Application directe
105	Renforcement des pouvoirs des caisses nationales dans la lutte contre la fraude	Application directe
106	Simplification du mode de renseignement des ressources	Décret en Conseil d'État et décret simple en cours de contreseing
107	Récupération des indus	Application directe
108	Requalification des actes ayant pour objet d'éviter le paiement des charges sociales	Décret et arrêté en préparation
109	Renforcement des moyens des caisses nationales dans la lutte contre la fraude	Application directe
110	I.- Expérimentation d'un dispositif de suspension des prestations en cas de fraude	Lettre ministérielle du 6 mai 2008 donnant instruction aux CAF de mettre en œuvre l'expérimentation

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
	II.- Prononcé et notification de la pénalité pour inobservation des règles par les professionnels, les prestataires et les établissements	Décret en Conseil d'État en préparation
111	Accès des centres communaux et intercommunaux d'action sociale au répertoire national commun des organismes de sécurité sociale	Décret en Conseil d'État en cours d'élaboration
112	Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé	Décret (CE) n° 2008-553 du 11 juin 2008
113	Généralisation de l'obligation de signalement du travail dissimulé aux organismes sociaux	Application directe
115	Droit de communication	Circulaire DSS/SC n° 2008-61 du 20 février 2008
116	Extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents	Application directe
117	Harmonisation du contrôle des arrêts de travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec les dispositions applicables en assurance maladie	Application directe
Section 8 – Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires		
118	Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	Application directe

ANNEXE 2

Liste des rapports au Parlement prévus par la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

– **Article 19** : rapport, avant le 30 juin 2009, sur l'exonération de cotisations sociales bénéficiant aux organismes d'intérêt général en zones de revitalisation rurale (ZRR)

– **Article 44** : rapport d'évaluation des expérimentations concernant de nouveaux modes de rémunération et de financement de la permanence des soins par les missions régionales de santé

– **Article 52** : rapport annuel précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant aux franchises ont été utilisés

– **Article 62** : bilan, avant le 15 octobre 2008, des travaux sur la mesure des écarts de tarification dans le cadre du processus de convergence des tarifs

– **Article 63** : rapport, au plus tard le 15 octobre 2009, sur l'avancement de l'expérimentation de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé, fondés sur leurs activités

– **Article 103** : rapport, avant le 30 juin 2009, sur l'évaluation de l'expérimentation visant à renforcer les actions du service du contrôle médical, assorti des observations des caisses de sécurité sociale y ayant participé

– **Article 110** : rapport d'évaluation, avant le 30 juin 2009, de l'expérimentation du dispositif de suspension des prestations en cas de fraude, assorti des observations des organismes y ayant participé