



N° 1865

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 juillet 2009.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145-7 alinéa 1 du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

*sur la mise en **application de la loi n° 2008-1330** du 18 décembre 2008
de **financement de la sécurité sociale pour 2009***

ET PRÉSENTÉ

PAR MM. YVES BUR, JEAN-PIERRE DOOR,
DENIS JACQUAT ET MME MARTINE PINVILLE,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE	13
A. LES RECETTES ET LA TRÉSORERIE	13
1. Le financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle	14
2. La suppression du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) et ses conséquences	15
3. Les dispositifs nouveaux en matière de recettes	17
<i>a) Le forfait social</i>	18
<i>b) La prise en charge des frais de transport domicile-travail</i>	18
4. L'aménagement des dispositifs existants en matière de recettes	20
<i>a) Les rémunérations perçues à l'occasion de la sortie de fonction</i>	20
<i>b) Les contributions pharmaceutiques</i>	20
<i>c) Les droits sur les alcools</i>	21
<i>d) Les régimes agricoles</i>	21
<i>e) L'assujettissement des revenus distribués excédentaires des travailleurs non salariés non agricoles</i>	22
<i>f) Les institutions de retraite supplémentaire</i>	23
5. Les dispositions relatives à la dette et à la trésorerie	24
<i>a) La reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)</i>	24
<i>b) La rémunération par l'ACOSS de la trésorerie de tiers</i>	25
B. LE CONTRÔLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	26
1. La fiabilisation des informations utilisées par la branche famille	26
2. La révision de la procédure des pénalités financières.....	27
3. La lutte contre la fraude sociale et le travail illégal	29
4. L'extension de la procédure de contrainte et la récupération des indus de prestations versées par les caisses d'allocations familiales.....	29
5. Le développement des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale	30

6. La limitation du dispositif de régularisation des arriérés de cotisations pour l'assurance vieillesse	31
II.- L'ASSURANCE MALADIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL	33
A. LES DOTATIONS À DIFFÉRENTS FONDS ET ÉTABLISSEMENTS	35
1. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	35
2. La dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)	36
<i>a) Dotation pour 2008</i>	<i>36</i>
<i>b) Dotation pour 2009</i>	<i>36</i>
3. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).....	36
B. LES SOINS DE VILLE	38
1. La gouvernance du système de santé	38
<i>a) L'association de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) aux négociations conventionnelles</i>	<i>38</i>
<i>b) La mise en place d'une agence des systèmes d'information partagés (ASIP).....</i>	<i>39</i>
2. La qualité et l'efficacité des soins	40
<i>a) La possibilité pour les pédicures-podologues d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions d'orthèses plantaires.....</i>	<i>40</i>
<i>b) L'expérimentation de nouveaux modes d'organisation et de financement de la permanence des soins</i>	<i>41</i>
3. Les missions et l'organisation de l'Office national d'indemnisation des victimes des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).....	42
<i>a) L'indemnisation des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine</i>	<i>42</i>
<i>b) La création d'un conseil d'orientation de l'ONIAM.....</i>	<i>43</i>
C. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX.....	43
1. Les dispositifs de régulation des dépenses	43
<i>a) Le dispositif de régulation des prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour</i>	<i>43</i>
<i>b) La prise en charge de certains médicaments administrés en consultation externe à l'hôpital.....</i>	<i>44</i>
<i>c) Prise en charge des actes et dispositifs innovants au sein de la dotation MIGAC</i>	<i>45</i>

2. La tarification à l'activité.....	46
a) <i>Les dispositions diverses relatives au financement des établissements de santé</i>	46
b) <i>L'expérimentation de facturation directe</i>	48
3. L'intégration de nouvelles données dans les programmes de qualité et d'efficience.....	49
4. Le versement d'une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics.....	49
5. Le médico-social.....	50
a) <i>La récupération sur les tarifs soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes des dépenses d'assurance maladie indûment prises en charge à titre individuel par un organisme d'assurance maladie</i>	50
b) <i>La tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux</i>	51
c) <i>L'intégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</i>	52
d) <i>Le financement de la formation des aidants et accueillants familiaux</i>	52
D. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES.....	53
1. L'amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux.....	53
2. Le maintien des indemnités journalières et la prévention de la désinsertion professionnelle.....	53
III.- L'ASSURANCE VIEILLESSE	55
A. LES MESURES VISANT À AMÉLIORER CERTAINES PRESTATIONS VIEILLESSE.....	55
1. La revalorisation du minimum vieillesse.....	55
2. La majoration des pensions de réversion.....	56
3. L'amélioration des droits à pension des retraités agricoles.....	57
4. La modification du mécanisme d'indexation des pensions.....	57
5. L'accès à la retraite anticipée pour les avocats et professionnels libéraux lourdement handicapés.....	58
6. L'amélioration des droits à la retraite des artisans et commerçants.....	58
B. LA NÉCESSITÉ DE RECENTRER CERTAINS DISPOSITIFS.....	59
1. La réforme du minimum contributif.....	59
2. La modification des règles de rachat de trimestres pour l'ouverture du droit à retraite anticipée pour carrière longue.....	59
C. LES MESURES EN FAVEUR DE L'EMPLOI DES SENIORS.....	60
1. Application d'une cotisation additionnelle de 1 % en cas d'absence d'accord collectif en faveur de l'emploi des salariés âgés.....	60

2. Revalorisation de la surcote	60
3. Mise à la retraite d'office.....	60
4. Suppression des clauses couperets dans la fonction publique	61
IV.- LA BRANCHE FAMILLE	63
A. LA FIXATION D'UN PLAFOND HORAIRE DE PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS SOCIALES DES ASSISTANTS MATERNELS.....	63
B. LA MODULATION DE LA PRESTATION DE COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE EN CAS D'HORAIRE D'ACCUEIL ATYPIQUES.....	65
C. L'ASSOUPLISSEMENT DES CONDITIONS D'EXERCICE DE LA PROFESSION D'ASSISTANT MATERNEL.....	68
1. Possibilité pour les assistants maternels de garder jusqu'à quatre enfants de moins de trois ans simultanément.....	69
2. Regroupements d'assistants maternels au sein d'un local en dehors du domicile.....	70
3. Étude d'impact sur la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).....	74
TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	75
I.- AUDITION DU PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES.....	75
II.- EXAMEN DU RAPPORT	89
ANNEXE 1 : TABLEAU DE SUIVI DE LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI N° 2008-1330 DU 17 DÉCEMBRE 2008 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009.....	113
ANNEXE 2 : LISTE DES RAPPORTS AU PARLEMENT PRÉVUS PAR LA LOI N° 2008-1330 DU 17 DÉCEMBRE 2008 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009.....	119

INTRODUCTION

Résultant de la résolution n° 256 adoptée le 12 février 2004, l'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale, tel que modifié et renuméroté par la résolution n° 292 du 27 mai 2009, prévoit qu'« 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, deux députés, dont l'un appartient à un groupe d'opposition et parmi lesquels figure de droit le député qui en a été le rapporteur, présentent à la commission compétente 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 ».

Cette année encore moins que les autres, cet exercice ne doit nullement être tenu pour formel. En effet, une innovation apportée par la réforme du Règlement consécutive à la révision constitutionnelle de 2008 vient consacrer l'importance acquise par les rapports sur la mise en application des lois et leur conférer une dimension nouvelle, puisqu'ils peuvent désormais « donner lieu, en séance publique, à un débat sans vote ou à une séance de questions ».

Au regard de ces dispositions, le statut particulier de la loi de financement de la sécurité sociale, catégorie expressément prévue par la Constitution et dont l'examen fait l'objet de règles spécifiques, n'interfère qu'à raison des conditions de sa discussion au Parlement et non de son contenu. En effet, si toute loi de financement comporte des dispositions d'application directe, de nature strictement financière et pour lesquelles elle dispose d'ailleurs d'un monopole (règlement du dernier exercice clos, rectification des chiffres de l'exercice en cours, fixation des objectifs et prévisions pour l'exercice à venir), il n'en demeure pas moins qu'elle comporte toujours par ailleurs des dispositions qui, relatives aussi bien aux ressources qu'aux charges ou au contrôle, exigent des textes d'application. Toutefois, la procédure accélérée, c'est-à-dire la faculté pour le Gouvernement de demander la formation d'une commission mixte paritaire après seulement une lecture dans chacune des assemblées, légitime d'autant plus la volonté du législateur de s'interroger sur le délai de parution de textes réglementaires visant à appliquer des dispositions adoptées dans des conditions dérogatoires à la procédure ordinaire.

Hormis cette intervention du Parlement, l'application des lois de financement de la sécurité sociale doit en principe faire l'objet d'un suivi approfondi.

D'une part, le Gouvernement est tenu de 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 pas encore présenté le rapport relatif à la mise en application de la loi de financement pour 2009. Au demeurant, l'expérience des exercices passés montre que ces rapports se caractérisent par leur très grande concision, se contentant de donner la liste des décrets adoptés en application de ces 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 de la sécurité sociale pour 2007 et 2008, un « échéancier des décrets d'application » avait été mis en ligne sur le site Internet de *Légifrance*, mais cette initiative n'a pas été reconduite cette année.

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, qui, traditionnellement, donne le coup d'envoi des travaux parlementaires de l'automne sur le projet de loi de financement de l'exercice à venir et dont la richesse ne manque pas d'alimenter très largement les débats qui entourent l'examen de ce projet de loi.

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 le Règlement de l'Assemblée nationale. En outre, l'examen en commission du rapport sur la mise en application de la loi de financement fournit l'occasion d'entendre 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, car elle constitue un aiguillon permettant d'accélérer la publication des textes réglementaires dans les semaines, voire dans les jours qui précèdent.

Le présent rapport fait suite à ceux déposés en juin 2006 (n° 3193) et en juin 2008 (n° 965) respectivement sur les lois de financement pour 2005 et pour 2007. Année après année, il est devenu quasiment rituel pour les rapporteurs de devoir déplorer l'insuffisante mobilisation de l'exécutif pour mettre en application des dispositions pourtant souvent présentées comme essentielles et ne devant souffrir aucun retard, adoptées selon la procédure d'urgence.

Au 15 juin 2008, les indicateurs sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 étaient tellement mauvais, avec un taux global de publication des textes réglementaires inférieur à 20 %, que les rapporteurs avaient fait preuve d'une grande sévérité à l'égard des ministres et de leur administration. Sans la contrainte de réaliser un tel bilan à six mois et le rappel à l'ordre auquel il avait donné lieu, il n'est pas certain que le taux de mise en application se serait aussi spectaculairement amélioré en 2009.

Adopté le 15 octobre 2008 en Conseil des ministres, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a été examiné à l'Assemblée nationale en commission les 21 et 22 octobre 2008 puis en séance publique du 28 au 31 octobre et le 4 novembre. 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 26 novembre 2008. Le texte a fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel. Promulgué le 17 décembre, il a été publié au *Journal officiel* le 18 décembre 2008.

*

Sur les 104 articles⁽¹⁾ de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, seuls 56 appelaient 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'un accord. S'ils ne posent pas de problèmes d'application au sens strict des dispositions du Règlement de l'Assemblée nationale, certains des 48 articles restants ne doivent pas pour autant être perdus de vue, car l'applicabilité directe ne constitue nullement une garantie de la mise en œuvre effective d'une disposition.

Cela étant, au 22 juillet 2009, soit un peu plus de sept mois après la publication de la loi, sur les 56 articles exigeant la publication de textes d'application (dont 2 des textes de nature conventionnelle) :

- 23 n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient ;
- 21 ont fait l'objet d'une application complète ;
- 12 ont fait l'objet d'une application partielle.

Le tableau annexé au présent rapport fait le point article par article, faisant apparaître une nette amélioration des résultats constatés au cours des exercices précédents.

(1) Soit 120 articles desquels il convient de déduire les 16 articles censurés par le Conseil constitutionnel (décision n° 2008-571 DC du 11 décembre 2008).

État de la publication des textes nécessaires à l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

Nombre de textes au 22 juillet 2009	Textes d'application nécessaires	Textes publiés		Textes restant à publier
		Nombre	en %	
Décrets en Conseil d'État	17	6	35,3	11
Décrets simples	36	21	58,3	15
Arrêtés	23	8	34,8	15
Circulaires et lettres	11	6	54,5	5
Autres textes	1	0	0	1
Total textes d'application	88	41	46,6	47

Source : Commission des affaires sociales.

Cette amélioration survient alors même que les principales données de la situation ne semblent pas avoir fondamentalement évolué.

En tout cas, ce n'est pas le volume de la loi de financement qui peut contribuer à expliquer ce meilleur taux d'application : en effet, le nombre d'articles nécessitant des mesures réglementaires d'application, soit 56, est assez sensiblement supérieur à celui de 2008 (34). Sur la période de sept mois qui s'est écoulée depuis la promulgation de la loi, cela suppose la parution d'un texte tous les trois à quatre jours, ce qui constitue une tâche considérable. De même, ces textes continuent de présenter souvent un caractère interministériel, de nature à allonger la procédure d'élaboration. L'adoption des décrets en Conseil d'État implique également une procédure plus longue, qui explique certainement pour partie un taux de réalisation nettement inférieur à celui des décrets simples.

Le taux d'application demeure globalement inférieur à 50 %, ce qui demeure assez faible. Les rapporteurs ont cependant pu constater que certains textes devaient être prochainement adoptés, voire publiés. Il est en outre important d'avoir à l'esprit que la non-parution des textes d'application d'un article ne traduit pas nécessairement un retard ou une négligence de la part de l'exécutif. D'une part, certains articles peuvent devenir caducs, comme l'article 86, dont l'économie était fondée sur un transfert de cotisations sociales de l'assurance chômage à l'assurance vieillesse, lequel n'a finalement pas été effectué. D'autre part, certains articles entrent en vigueur à un horizon plus lointain que le délai de six mois à l'issue duquel l'application de la loi doit être évaluée, tel l'article 80, qui recentre, à compter du 1^{er} janvier 2010, le dispositif du minimum contributif sur les salariés ayant eu de longues carrières faiblement rémunérées.

Les rapporteurs se félicitent de ce qu'au lieu de la publication de certains de ces textes *in extremis*, que semblait provoquer l'échéance de l'examen en commission du rapport d'application, l'exécutif ait pu remplir cette année sa mission dans de meilleures conditions et dans des délais plus satisfaisants. C'est le

succès conjoint de deux volontés : celle du Parlement, qui avait exprimé son légitime mécontentement face à la lenteur de l'application de la loi, et celle du Gouvernement, qui s'est attaché à montrer qu'il était possible de mieux faire.

*

Comme en 2006 et comme 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 la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a été rapportée 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 2009 relatives aux recettes, à l'équilibre général et à la gestion du risque.

Comme chaque année, les dispositions de la loi de *nature purement 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 2008 (**articles 3, 4, 7 et 8**) ou de la fixation des objectifs et prévisions pour les exercices 2009 et suivants (**articles 9, 27 à 32, 35 et 113**) sont évidemment d'application directe.

Par ailleurs, certaines dispositions portant sur les *recettes* sont également d'application directe : modification de l'affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement (**article 11**), extension au régime agricole de dispositions applicables au régime général (**article 19**), cotisation d'assurance maladie majorée sur les revenus imposables à l'étranger (**article 24**), aménagement des règles de compensation des allègements généraux de cotisations sociales (**article 23**), non-compensation par le budget de l'État des pertes de recettes liées à certains dispositifs (**article 26**) et bilan de la politique financière des organismes de sécurité sociale (**article 34**).

Il en va de même en matière de *gestion du risque* – contrôle budgétaire de la caisse centrale de mutualité sociale agricole sur les organismes de son réseau (**article 112**) – ainsi que de *contrôle* et de *lutte contre la fraude* – récupération de l'allocation de solidarité aux personnes âgées en cas de non-déclaration par le bénéficiaire du transfert de sa résidence à l'étranger (**article 116**) et développement des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale des États de l'Union européenne (**article 119**).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 comporte en revanche dix-huit articles nécessitant, en matière de recettes, de trésorerie, de contrôle et de lutte contre la fraude, des textes d'application : aux côtés des traditionnelles mesures de recettes et de trésorerie, un important volet était consacré au contrôle ainsi qu'à la lutte contre la fraude.

A. LES RECETTES ET LA TRÉSORERIE

Douze articles appellent des textes d'application. Ils portent respectivement sur la reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) (**article 10**), des mesures en matière de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU) (**article 12**), le nouveau « forfait social » (**article 13**), les cotisations et contributions sociales sur les rémunérations perçues à l'occasion de la sortie de fonction (**article 14**), les contributions à la charge des entreprises pharmaceutiques

(**article 15**), l'augmentation du tarif des droits indirects sur les alcools par rattrapage annuel de l'inflation (**article 16**), la suppression du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) et l'intégration financière à la Caisse nationale d'assurance maladie de la branche maladie du régime de protection sociale des non-salariés agricoles (**article 17**), des mesures relatives aux régimes agricoles (**article 18**), la prise en charge des frais de transport domicile-travail (**article 20**), l'assujettissement des revenus distribués excédentaires des travailleurs non salariés non agricoles (**article 22**), les institutions de retraite supplémentaire (**article 25**) et la rémunération par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) de la trésorerie de tiers (**article 33**).

1. Le financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle

L'**article 12** a profondément réaménagé les ressources affectées au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU), qui se limitent désormais – hormis une éventuelle dotation d'équilibre de l'État – à la contribution sur le chiffre d'affaires « frais de soins de santé » des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) : jusqu'alors partiellement affectée au fonds, elle l'est désormais totalement, son taux ayant été corrélativement porté de 2,5 % à 5,9 %. En outre, les excédents du fonds seront affectés à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM). Enfin, le forfait sur la base duquel les dépenses de CMU-C sont compensées par le fonds aux gestionnaires de la prestation a été revalorisé de 7,5 euros par trimestre et porté ainsi à 370 euros par an.

Par ailleurs, suite à l'adoption d'un amendement présenté par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, le Gouvernement doit désormais présenter chaque année avant le 15 septembre un rapport faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par les organismes visés à ce même I, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du même code, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.

L'affectation à la CNAM de tout ou partie de l'excédent (« report à nouveau ») du Fonds CMU nécessite l'intervention d'un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Selon les informations fournies au rapporteur, cet arrêté serait prochainement publié s'agissant du report à nouveau au 1^{er} janvier 2009, qui s'établirait à 82,6 millions d'euros et serait intégralement affecté à la caisse centrale. Le projet d'arrêté, qui a été communiqué pour information au rapporteur, est actuellement soumis à l'avis des conseils d'administration des caisses concernées.

2. La suppression du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA) et ses conséquences

L'article 17 procède d'abord à la suppression du FFIPSA, qui avait pris à compter du 1^{er} janvier 2005 la succession du budget annexe des prestations agricoles (BAPSA). Ses missions sont pour l'essentiel confiées à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), à laquelle sont transférés ses droits et obligations, tandis que la loi de finances pour 2009 a organisé la reprise de sa dette par l'État. Par ailleurs, la branche maladie du régime des non-salariés agricoles fait l'objet d'une intégration financière au régime général.

La mise en œuvre de ce dispositif appelle cinq textes réglementaires, dont trois étaient explicitement prévus par l'article 17.

* Au **b du 2° du I**, étaient ainsi renvoyées à un décret en Conseil d'État les modalités d'application des dispositions relatives à la saisine pour avis du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole sur tout projet de loi ou de tout projet de mesure réglementaire ayant des incidences sur les régimes obligatoires de protection sociale des salariés et des non-salariés des professions agricoles, sur l'action sanitaire et sociale ou sur l'équilibre financier de ces régimes, et notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale (*II bis* nouveau de l'article L. 723-12 du code rural). Ce décret devait fixer « *notamment les délais dans lesquels le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole rend ses avis* ».

Ces modalités ont été définies par le décret n° 2009-521 du 7 mai 2009 relatif à la consultation de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, insérant dans le code rural six articles R. 723-24-1 à R. 723-24-6. La saisine du conseil central d'administration relève du ministre chargé de l'agriculture ou du ministre chargé de la sécurité sociale (article R. 723-24-1). Le conseil central d'administration peut habilitier son bureau ou une commission à rendre en son nom des avis (article R. 723-24-2). Ceux-ci doivent être notifiés dans le délai de vingt et un jours ou, en cas d'urgence « *dûment invoquée dans la lettre de saisine* », dans le délai de onze jours (article R. 723-24-3). Pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale, le délai est ramené à sept jours (article R. 723-24-4). Si l'avis n'est pas notifié dans ces délais, il est réputé rendu (article R. 723-24-5). Enfin, l'article R. 723-24-6 explicite les règles de computation de ces délais.

* Le **IV** de l'article 17 renvoyait également à un décret en Conseil d'État, cette fois-ci afin de préciser les modalités d'application des dispositions relatives au transfert à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole des droits et obligations du FFIPSA et de son établissement de gestion, « *notamment les conditions dans lesquelles un service de liquidation de l'établissement de gestion du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles permet de clôturer les opérations financières et comptables du fonds au titre de l'année 2008 et le transfert des opérations afférentes aux exercices 2008 et*

antérieurs est neutre pour les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ».

Ces modalités sont précisées par le décret n° 2008-1495 du 30 décembre 2008 portant dissolution de l'établissement de gestion du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles et transfert de ses droits et obligations dudit fonds à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. L'article 1^{er} prononce la dissolution et la mise en liquidation de l'établissement de gestion du FFIPSA. L'article 2 prévoit que ses droits et obligations sont transférés à la CCMSA à compter du 1^{er} janvier 2009 et que ce transfert donne lieu, avant le 15 janvier 2009, au virement à celle-ci des disponibilités de l'établissement de gestion, arrêtées au 31 décembre 2008. Un arrêté interministériel déterminera très prochainement la répartition de ces disponibilités entre les différentes branches du régime de protection sociale des non-salariés agricoles. La caisse centrale a été saisie d'un projet d'arrêté, qui a pu lui être transmis après établissement du résultat définitif du Fonds de financement et certification de ses comptes.

Les articles 3 et 4 précisent les modalités d'intervention du liquidateur de l'établissement de gestion. Par arrêté interministériel en date du 1^{er} janvier 2009, M. Jean-Paul Heulin, précédemment directeur de l'établissement de gestion, a été nommé aux fonctions de liquidateur. De fait, sa mission sera achevée dans le délai de sept mois qui lui est imparti par l'article 3. L'article 5 maintient en vigueur le régime financier et comptable applicable à l'établissement de gestion. L'article 6 prévoit les conditions d'arrêt du compte de clôture de liquidation et de son approbation par les ministres de tutelle au moyen d'un arrêté qui réglera les modalités de transfert d'éléments d'actif et de passif qui ne figurent pas déjà dans les comptes de la caisse centrale et qui subsistent à la clôture du compte de liquidation, notamment du solde de trésorerie lié aux opérations de liquidation. Cet arrêté précisera également les conditions de reprise par la caisse des biens mobiliers acquis par l'établissement de gestion. Comme dans le cas de l'arrêté interministériel susmentionné, l'établissement du résultat définitif du Fonds de financement a permis de saisir la caisse centrale d'un projet d'arrêté. Enfin, les articles 7 et 8 procèdent à diverses coordinations au sein du code rural et du code de la sécurité sociale.

* Le II de l'article 17, introduisant un nouvel article L. 134-11-1 dans le code de la sécurité sociale, prévoit que la CNAM retracera en solde, au titre du régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles, dans les comptes de la branche maladie, maternité, invalidité et décès, la différence entre les charges et les produits afférents aux prestations servies aux bénéficiaires de ce régime. Elle versera une dotation afin d'assurer l'équilibre de la branche maladie. Le décret ayant pour objet de déterminer les conditions d'application de cet article L. 134-11-1 devrait prochainement être publié. Communiqué au rapporteur, le projet de décret insère dans le code de la sécurité sociale deux articles D. 134-46 et D. 134-47 qui prévoient que la CCMSA transmet à la CNAM, chaque année avant le 15 février un état retraçant, pour

l'exercice précédent, les charges et produits de la branche maladie à l'exclusion des dépenses complémentaires (gestion, contrôle médical, action sanitaire et sociale). Le solde entre ces charges et ces produits est inscrit au compte de résultat de la branche maladie du régime général. Il peut donner lieu au versement d'acomptes en cours d'exercice selon des modalités définies dans le cadre d'une convention conclue entre la CNAM, la CCMSA et l'ACOSS. La régularisation financière intervient au plus tard le quinzième jour du quatrième mois de l'année suivant l'exercice concerné.

Deux autres décrets sont venus préciser l'organisation de la tutelle de la CCMSA, en conséquence des 1° et 3° du I de l'article 17, qui prévoient que la protection sociale agricole relève désormais conjointement des ministres chargés de l'agriculture et de la sécurité sociale : il s'agit des décrets n° 2009-793 (en Conseil d'État) et n° 2009-794 (simple) du 23 juin 2009, tous deux relatifs à l'organisation de la tutelle des régimes de protection sociale agricole.

L'article 1^{er} du premier décret, insérant dans le code rural les articles R. 724-16 à R. 724-21, décrit les modalités de désignation et le rôle du commissaire du Gouvernement placé auprès de la caisse centrale, nommé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture et s'exprimant au nom d'un conseil de tutelle comprenant par ailleurs un représentant du ministre chargé du budget et un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale. Le conseil de tutelle se prononce par ailleurs sur les délibérations du conseil central d'administration ou de l'assemblée générale centrale : si le conseil de tutelle ne donne pas son accord à une délibération, le ministre de l'agriculture doit l'annuler. Par ailleurs, les articles 2 et 3 du premier décret ainsi que le second décret procèdent à diverses mesures de coordination au sein du code rural et du code de la sécurité sociale.

Enfin, au-delà même des mesures réglementaires requises pour l'application de cet article 17, une réforme de la composition et des missions du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles (articles R. 721-1 et suivants du code rural) avait été évoquée lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, afin de remédier à la disparition du conseil de surveillance du FFIPSA, qui comprenait notamment des parlementaires. Cette réforme n'a pas encore été menée à bien, mais un travail a déjà été accompli sur des avant-projets de décret en Conseil d'État et de décret simple qui élargiraient la compétence du Conseil supérieur aux questions de financement des régimes et allégerait l'organisation et le fonctionnement de ce conseil.

3. Les dispositifs nouveaux en matière de recettes

La loi de financement de la sécurité a créé deux dispositifs nouveaux dans sa partie consacrée aux recettes : le forfait social et la prise en charge des frais de transport domicile-travail.

a) Le forfait social

L'**article 13** institue une contribution patronale d'un taux de 2 %, qui porte sur des éléments de rémunération exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale mais soumis à la CSG (article L. 137-15 à L. 137-17 nouveaux du code de la sécurité sociale). Quatre types de rémunérations ou gains sont toutefois expressément exclus : les gains résultant de l'attribution de stock-options ou d'actions gratuites lorsqu'ils sont déjà assujettis à la contribution de 10 % prévue à l'article L. 137-13 ; les contributions patronales au financement de prestations de prévoyance complémentaire lorsqu'elles sont déjà assujetties à la contribution de 8 % prévue à l'article L. 137-11 ; les indemnités de rupture du contrat de travail exclues de l'assiette des cotisations sociales ; la participation patronale au financement des chèques-vacances dans les entreprises de moins de cinquante salariés.

La loi ne prévoyait pas explicitement l'intervention d'un décret ou d'un arrêté, mais une circulaire DSS/SD5B/2008/387 du 30 décembre 2008 est venue préciser aussi bien le champ d'application de cette nouvelle contribution que ses modalités de recouvrement. Elle donne la liste des sommes entrant dans le champ du forfait social, liste qui a vocation à être complétée si apparaissent des éléments de rémunération ou gains qui répondent au double critère d'assujettissement (exclusion de l'assiette des cotisations sociales et assujettissement à la CSG). Par ailleurs, elle indique qu'en pratique, la contribution doit être déclarée aux mêmes dates que la CSG portant sur les mêmes éléments.

b) La prise en charge des frais de transport domicile-travail

L'**article 20** étend à l'ensemble du territoire la prise en charge obligatoire des abonnements de transports publics (ou à un service public de location de vélos) et crée un nouveau dispositif facultatif de prise en charge des frais de carburant ou d'alimentation d'un véhicule électrique engagés par les salariés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail, si cette résidence habituelle ou ce lieu de travail sont situés en dehors d'un périmètre de transports urbains ou si l'utilisation d'un véhicule personnel est rendue indispensable par des conditions d'horaires de travail particulier et ne permettant pas d'emprunter un mode collectif de transport (articles L. 3261-2 à L. 3261-5 du code du travail). Les montants en cause sont exclus de l'assiette de l'impôt sur le revenu et de celle des contributions et cotisations sociales, dans la limite de 200 euros par an pour l'avantage résultant de la prise en charge des frais de carburant. Corrélativement les dispositions relatives au chèque-transport sont abrogées.

L'article L. 3261-2 du code du travail renvoie à des dispositions réglementaires le soin de déterminer la proportion et les conditions de prise en charge du prix des titres d'abonnements tandis que l'article L. 3261-5 prévoit l'intervention d'un décret en Conseil d'État afin de déterminer les modalités des prises en charge prévues par les articles L. 3261-2 et L. 3261-3, notamment pour

les salariés ayant plusieurs employeurs et les salariés à temps partiel, ainsi que le régime des sanctions. Le décret n° 2008-1301 du 30 décembre 2008 relatif au remboursement des frais de transport des salariés réécrit donc les dispositions réglementaires du code du travail dans ce domaine (articles R. 3261-1 à R. 3261-16).

En matière de *titres d'abonnements de transports publics*, l'article R. 3261-1 maintient à 50 % le taux (minimal) de prise en charge par l'employeur. L'article R. 3261-2 définit les catégories de titres bénéficiant de la prise en charge. Les articles R. 3261-3 à R. 3261-7 précisent les modalités de cette prise en charge (abonnement de seconde classe permettant de réaliser dans le temps le plus court le trajet domicile-travail). L'article R. 3261-8 dispose que l'employeur peut refuser la prise en charge lorsque le salarié perçoit déjà des indemnités représentatives de frais pour ses déplacements domicile-travail d'un montant supérieur ou égal à la prise en charge des titres d'abonnement de transports publics.

S'agissant des salariés à temps partiel, l'article R. 3261-9 distingue entre ceux employés pour un nombre d'heures égal ou supérieur à la moitié de la durée légale hebdomadaire ou conventionnelle et les autres : les premiers bénéficient d'une prise en charge équivalente à celle des salariés à temps complet, tandis que les seconds bénéficient d'une prise en charge calculée à due proportion du nombre d'heure travaillées par rapport à la moitié de la durée du travail à temps complet.

S'agissant des salariés exerçant leur activité sur plusieurs lieux de travail au sein d'une même entreprise n'assurant pas le transport entre ces différents lieux, d'une part, et entre ces lieux et leur résidence habituelle, d'autre part, l'article R. 3261-10 dispose qu'ils peuvent prétendre à la prise en charge des titres de transports leur permettant de réaliser l'ensemble des déplacements qui leur sont imposés.

En matière de prise en charge des *frais de transports personnels*, l'article R. 3261-11 précise que si la prise en charge facultative est mise en place par l'employeur, elle doit bénéficier à l'ensemble des salariés. L'article R. 3261-12 exclut du dispositif les salariés bénéficiant d'un véhicule mis à disposition permanente par l'employeur avec prise en charge des dépenses de carburant ou d'alimentation électrique, les salariés logés dans des conditions telles qu'ils ne supportent aucun frais de transport pour se rendre à leur travail et les salariés dont le transport est assuré gratuitement par l'employeur. L'article R. 3261-13 définit les obligations d'information à la charge de l'employeur. Pour les salariés à temps partiel (article R. 3261-14) et les salariés exerçant leur activité sur plusieurs lieux de travail au sein d'une même entreprise (article R. 3261-15), les modalités de calcul de la prise en charge sont identiques à celles applicables aux titres d'abonnements de transports publics.

Enfin, la *sanction* de la méconnaissance de ces dispositions législatives en matière de frais de transport est l'amende prévue pour les contraventions de la

quatrième classe, soit 750 euros pour les personnes physiques et 3 750 euros pour les personnes morales.

Une circulaire interministérielle DSS/DGT/5B/2009/30 du 28 janvier 2009 est venue préciser les modalités de mise en œuvre par les entreprises de la prise en charge des frais de transports collectifs ou individuels des salariés ainsi que le régime social qui leur est applicable. La circulaire aborde notamment les difficultés spécifiques posées par les salariés intérimaires, les mentions à faire figurer sur le bulletin de paie et les conditions de cumul de la prise en charge des frais de transports personnels avec d'autres dispositifs existants.

4. L'aménagement des dispositifs existants en matière de recettes

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a aménagé divers dispositifs existants en matière de recettes.

a) Les rémunérations perçues à l'occasion de la sortie de fonction

Suite à l'adoption d'un amendement présenté par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, l'**article 14** assujettit aux cotisations sociales et à la CSG au premier euro les indemnités de rupture d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel de la sécurité sociale (soit 1 029 240 € en 2009).

Une circulaire DSS/DGPD/SD5B/2009/210 du 10 juillet 2009, qui devrait être prochainement publiée, a d'ores et déjà été mise en ligne sur le site Internet <http://www.circulaires.gouv.fr>. Elle porte principalement sur les articles 5 (rupture conventionnelle du contrat de travail) et 6 (contrat à durée déterminée à objet défini) de la loi n° 2008-596 du 28 juin 2008 portant modernisation du marché du travail, mais elle rappelle également l'économie et le champ du dispositif de l'article 14 de la loi de financement pour 2009. Sont ainsi concernées les indemnités versées, au titre des ruptures notifiées depuis le 1^{er} janvier 2009, à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur, celles versées à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux et des dirigeants, celles versées à l'occasion de la rupture conventionnelle ainsi que les indemnités de départ volontaire versées dans le cadre d'un accord de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences.

La circulaire précise que ce plafond s'applique même lorsque les sommes versées correspondent aux indemnités légales ou conventionnelles. Dans le cas où le salarié perçoit d'autres sommes, il est fait application du régime social propre à chacune de ces indemnités. Elles ne sont alors pas prises en compte pour l'appréciation du plafond.

b) Les contributions pharmaceutiques

L'**article 15** apporte quatre modifications principales aux régimes des contributions à la charge des entreprises pharmaceutiques :

– le **1^o** de son **I** étend aux spécialités inscrites sur la liste des médicaments pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation (dite « liste en sus ») l'assiette de la « clause de sauvegarde », c'est-à-dire du mécanisme de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale qui permet aux régimes obligatoires de recouvrer une partie des charges qui résultent pour eux d'une progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques supérieure à un taux, dit « taux K », fixé au **II** de cet article ;

– les **2^o** et **3^o** de son **I** modifient le calendrier de versement de deux contributions dues par les entreprises pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de promotion de leurs produits ;

– le **4^o** de son **I** fixe à 1 %, pour les années 2009, 2010 et 2011, le taux de la contribution due par les entreprises pharmaceutiques sur leur chiffre d'affaires réalisé en France au titre des médicaments remboursables ;

– son **II** fixe à 1,4 % le « taux K » pour les exercices 2009, 2010 et 2011.

D'après les informations fournies au rapporteur par le cabinet du ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, une circulaire de la direction de la sécurité sociale devrait être publiée au cours de l'été 2009 pour préciser certaines modalités d'application de cet article.

c) Les droits sur les alcools

L'**article 16** institue une revalorisation annuelle des tarifs des droits indirects sur les alcools à hauteur du taux de croissance de l'indice des prix hors tabac de l'avant-dernière année. Il procède par ailleurs à une majoration du tarif de la cotisation sur les alcools de plus de 25° et modifie la clef de répartition de l'ensemble de ces droits entre les différents bénéficiaires.

Cette indexation doit être effectuée chaque année par voie d'arrêté. Pour 2009, un arrêté du 19 décembre 2008 majore les tarifs des droits sur les alcools prévus aux articles 402 *bis*, 403, 438 et 520 du code général des impôts de 1,5 %, soit la hausse de l'indice des prix à la consommation hors tabac établie pour 2007.

d) Les régimes agricoles

L'**article 18** comprend trois mesures.

Il inscrit dans la loi le principe d'annualité des cotisations en cas de cessation d'activité des chefs d'exploitation en cours d'année (nouvel article L. 731-10-1 du code rural). Un décret simple, dont le projet a été communiqué au rapporteur, est actuellement en cours de contreseing.

L'article 18 transpose au régime des salariés agricoles la franchise de cotisations et contributions de sécurité sociale applicable aux rémunérations versées aux stagiaires en entreprise (nouvel article L. 741-10-4 du code rural). Cette franchise ne s'applique qu'à la fraction de la gratification qui n'excède pas

le produit d'un pourcentage du plafond horaire de la sécurité sociale et du nombre d'heures de stage effectuées. Ce pourcentage, qui reprend celui de 12,5 % applicable dans le régime général, soit 398,13 € par mois lorsque la durée de présence du stagiaire est égale à la durée légale du travail, sera fixé par un futur article D. 741-65-14 du code rural, inséré par un décret qui est actuellement en cours de contreseing et dont le projet a été communiqué au rapporteur. Ce décret prévoit par ailleurs que la franchise s'applique aux cotisations d'allocations familiales (nouvel article D. 741-34-1) et d'accidents du travail (nouvelle rédaction de l'article D. 751-79).

Le décret précisera également les obligations déclaratives incombant à l'établissement d'enseignement ou à l'entreprise d'accueil en cas d'accident du travail, selon que la gratification est inférieure ou supérieure au montant de la franchise (nouvelle rédaction de l'article D. 751-3 du code rural), ainsi que l'assiette servant de base au calcul des cotisations accidents du travail acquittées dès lors que la gratification excède la franchise et à la rente servie en cas d'accident du travail (nouvelle rédaction de l'article D. 751-4). Enfin, la prise en charge des accidents du travail survenus par le fait ou à l'occasion de stages effectués à l'étranger par les étudiants ou les élèves dans le cadre de leurs études ne peut excéder quinze mois (nouvel article D 751-128-1).

Enfin, l'article 18 supprime l'exonération de cotisations d'accidents du travail pour les travailleurs occasionnels et les demandeurs d'emploi. Ce dernier point n'appelle pas de mesures réglementaires d'application.

e) L'assujettissement des revenus distribués excédentaires des travailleurs non salariés non agricoles

Mettant en œuvre l'une des recommandations du rapport sur l'amélioration de la sécurité juridique des cotisants remis en juin 2008 par le groupe de travail présidé par M. Olivier Fouquet, l'**article 22** clarifie les règles d'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus distribués perçus par les gérants de sociétés d'exercice libéral. En effet, ils pouvaient choisir l'imposition de leurs bénéfices au régime de l'impôt sur les sociétés ou à celui de l'impôt sur le revenu au titre des bénéfices non commerciaux, ce qui leur permettait de répartir leurs gains entre la rémunération de gérance et les dividendes, non pris en compte dans l'assiette des cotisations. Il en résultait donc une perte de recettes pour le Régime social des indépendants (RSI), car certains gérants s'accordaient une faible rémunération compensée par de forts dividendes afin d'optimiser leurs prélèvements sociaux. Et la qualification de ces dividendes avait donné lieu à des divergences de jurisprudence, le Conseil d'État, excluant, au contraire de la Cour de cassation, la qualification de revenus professionnels.

Les modifications apportées par l'article 22 au code de la sécurité sociale ont pour finalité d'assujettir aux cotisations sociales la fraction des dividendes perçus par les gérants majoritaires supérieure à 10 % de la part de capital social et de primes d'émission ainsi que des sommes versées en compte courant qu'ils

détiennent en toute propriété ou en usufruit. Inséré par l'article 22, le troisième alinéa (nouveau) de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale prévoit qu'un décret en Conseil d'État précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant. Tel est précisément l'objet du décret n° 2009-423 du 16 avril 2009, qui crée un nouvel article R. 131-2 du code de la sécurité sociale. Aux termes de cet article :

– les apports retenus pour la détermination du capital social sont les apports en numéraire intégralement libérés et les apports en nature, à l'exclusion de ceux constitués par des biens incorporels qui n'ont fait l'objet ni d'une transaction préalable en numéraire ni d'une évaluation par un commissaire aux apports ;

- les sommes versées en compte courant correspondent au solde moyen annuel du compte courant d'associé. Ce solde moyen annuel est égal à la somme des soldes moyens du compte courant de chaque mois divisée par le nombre de mois compris dans l'exercice ;

– le montant du capital social, des primes d'émission et des sommes versées en compte courant d'associé est apprécié au dernier jour de l'exercice précédant la distribution des produits des actions et parts sociales et le versement des revenus des comptes courants.

Par ailleurs, une circulaire, dont le texte a été communiqué au rapporteur, sera prochainement publiée afin de préciser les modalités d'application de cet article.

f) Les institutions de retraite supplémentaire

Adopté à l'initiative du Sénat, l'**article 25** porte sur les institutions de retraite supplémentaire (IRS). Le délai pour leur transformation (ou fusion) en institution de prévoyance ou en institution de gestion de retraite supplémentaire, qui avait été fixé au 31 décembre 2008 par l'article L. 941-1 du code de la sécurité sociale tel que modifié par l'article 116 de la loi de 2003 portant réforme des retraites, est repoussé d'un an, à savoir au 31 décembre 2009.

Par ailleurs, l'article 11 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 dispense de plusieurs contributions sociales le minimum de provisions requis par la réglementation applicable pour l'agrément en qualité d'institution de prévoyance, et ce, à hauteur de 85 %. Ce taux correspond au taux minimum requis de couverture des engagements en cas de transformation de l'institution de retraite supplémentaire en institution de prévoyance. L'article 25 porte ce taux d'exonération à 100 %, afin de lever tout obstacle au provisionnement des engagements et d'inciter ainsi les entreprises à mieux sécuriser les droits des participants et étend l'exonération aux cas de dissolution volontaire. Enfin, la date limite d'évaluation des engagements de retraite couverts par les provisions

réalisées à partir de contributions exonérées est repoussée du 31 décembre 2003 au 31 décembre 2008.

La circulaire DSS/3C/5B/2009/199 du 30 juin 2009 relative au traitement social des contributions patronales versées aux institutions de retraite supplémentaire sera prochainement publiée : elle vise à préciser le nouveau régime social applicable aux contributions qui leur sont versées par les employeurs.

5. Les dispositions relatives à la dette et à la trésorerie

La loi de financement pour 2009 comporte une mesure de nature ponctuelle, quoique de portée capitale, ainsi qu'une mesure de caractère permanent.

a) La reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

L'article 10 organise les modalités de la reprise par la CADES des déficits cumulés au 31 décembre 2008 par les branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), dans la limite de 27 milliards d'euros. Afin de permettre à la caisse de procéder au remboursement sans augmenter la durée d'amortissement de la dette sociale, 0,2 point de CSG (jusqu'alors affecté au FSV) lui sont transférés.

Le décret n° 2008-1375 du 19 décembre 2008 fixant les modalités de reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits cumulés prévisionnels des branches maladie et vieillesse du régime général ainsi que du Fonds de solidarité vieillesse a fixé à 26,9 milliards d'euros le montant du transfert provisionnel à opérer entre la CADES et l'ACOSS (article 1^{er}). Ce transfert devait s'effectuer en trois versements : 10 milliards d'euros au plus tard le 5 janvier 2009, à nouveau 10 milliards d'euros au plus tard le 6 février 2009 et le solde, soit 6,9 milliards d'euros, au plus tard le 6 mars 2009 (article 2). Dans les faits, ces versements sont intervenus respectivement les 23 décembre, 6 février et 6 mars.

Pour chacun des deux versements de 10 milliards d'euros, 3,5 milliards d'euros devaient être affectés à la couverture des déficits de la branche maladie, 5,2 milliards d'euros à celle des déficits de la branche vieillesse et 1,3 milliard d'euros à celle des déficits du FSV. Le versement de 6,9 milliards d'euros devait se répartir quant à lui en 1,8 milliard d'euros pour la branche maladie, 3,7 milliards d'euros pour la branche vieillesse et 1,4 milliard d'euros pour le FSV (article 3).

En réalité, compte tenu des résultats définitifs de 2008, le montant total des déficits cumulés s'établit à 27,009 milliards d'euros, et le montant repris de 27 milliards d'euros. La CADES devra donc verser à l'ACOSS, au plus tard le 4 août prochain, 100 millions d'euros en plus des 26,9 milliards d'euros

précédemment versés. Pour l'ACOSS, il s'agira de procéder à une régularisation entre branches et fonds, à hauteur de 277,8 millions d'euros reçus par la branche maladie contre 170,1 millions d'euros reversés par la branche vieillesse et 7,7 millions d'euros par le FSV.

En fin de compte, les montants définitifs repris s'établissent comme suit :

Reprise de dette par la CADES

(en millions d'euros)

	Maladie	Vieillesse	FSV	Total
Déficits cumulés à fin 2008 [a]	9 078	13 939	3 992	27 009
Versements effectués [b] = [c] + [d] + [e]	8 800	14 100	4 000	26 900
<i>dont 23 décembre 2008 [c]</i>	3 500	5 200	1 300	10 000
<i>6 février 2009 [d]</i>	3 500	5 200	1 300	10 000
<i>6 mars 2009 [e]</i>	1 800	3 700	1 400	6 900
Transfert complémentaire de la CADES à l'ACOSS à effectuer avant le 4 août 2009 et régularisation à effectuer par l'ACOSS avant le 11 août 2009 [f]	+ 278	- 170	- 8	100
Montant total repris par la CADES [g] = [b] + [f]	9 078	13 930	3 992	27 000
Différence entre déficits cumulés et montant repris par la CADES [h] = [g] - [a]	0	- 9	0	- 9

Ainsi, conformément à l'ordre de priorité résultant des dispositions de l'article 10 de la loi de financement pour 2009, les déficits de la CNAM et du FSV sont repris intégralement, de telle sorte que les 9 millions d'euros de différence entre cumul des déficits à fin 2008 et montant repris par la CADES resteront sur les comptes de la CNAV.

Un décret simple viendra prochainement fixer ces montants définitifs, les comptes des organismes concernés ayant été clos durant la première quinzaine de juillet, après le rapport de certification établi par la Cour des comptes, arrêté le 29 juin dernier. Le projet de décret, qui a été communiqué pour information au rapporteur, a été transmis pour avis aux conseils d'administration des caisses intéressées, de telle sorte que la publication du décret devrait intervenir d'ici la fin du mois.

b) La rémunération par l'ACOSS de la trésorerie de tiers

Afin d'éviter la constitution de poches de trésorerie « dormantes », l'article 33 autorise l'ACOSS à exercer une activité de gestion de disponibilités de tiers, notamment à rémunérer la trésorerie que des organismes tiers déposeraient auprès d'elle.

Le décret en Conseil d'État n° 2009-882 du 21 juillet 2009 relatif à la trésorerie des organismes de sécurité sociale et des organismes en relation avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale précise les conditions d'application tant du nouvel article L. 225-1-3 du code de la sécurité sociale, qui autorise certains régimes, organismes et fonds à déposer, contre rémunération, tout

ou partie de leurs disponibilités auprès de l'ACOSS, que de la nouvelle rédaction de l'article L. 255-1, qui adapte le mécanisme d'affectation des intérêts créditeurs et débiteurs entre les différentes branches, organismes et fonds. Il devrait être publié d'ici fin juillet.

Ses articles 1^{er} à 4 complètent les dispositions relatives à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et au FSV pour permettre à ces organismes de placer auprès de l'ACOSS, moyennant la production d'intérêts, les disponibilités excédant les besoins de trésorerie.

Son article 5 procède à une nouvelle rédaction des articles R. 255-1 à R. 255-6 du code de la sécurité sociale, aménageant les dispositions relatives aux états prévisionnels de trésorerie de l'ACOSS et des branches du régime général. Désormais, l'ACOSS, au vu des états prévisionnels de trésorerie qu'elle a établis pour chacune des branches du régime général, détermine le montant prévisionnel des excédents durables de trésorerie. Ce montant est défini comme celui du plus petit solde positif prévisionnel quotidien de trésorerie globalement constaté pour l'ensemble des branches dans le cadre de l'exercice annuel. Il est réparti par l'ACOSS entre les branches dont l'état prévisionnel fait apparaître un solde annuel moyen positif. Cette répartition est effectuée en fonction de l'importance relative des soldes annuels moyens positifs de chacune des branches bénéficiaires de la répartition. Ensuite, le conseil d'administration de chaque caisse nationale décide, à partir des propositions de l'ACOSS et avant le 31 décembre pour l'année suivante, du placement de la part des excédents durables qui a été affectée à chacune des branches qu'il gère.

B. LE CONTRÔLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Dans ce domaine, six articles nécessitent des mesures d'application. Ils portent respectivement sur la fiabilisation des informations utilisées par la branche famille (**article 114**), la révision de la procédure des pénalités financières (**article 115**), la lutte contre la fraude sociale et le travail illégal (**article 117**), l'extension de la procédure de contrainte et la récupération des indus de prestations versées par les caisses d'allocations familiales (**article 118**), le développement des échanges entre organismes de sécurité sociale (**article 119**) et la limitation du dispositif de régularisation des arriérés de cotisations pour l'assurance vieillesse (**article 120**).

1. La fiabilisation des informations utilisées par la branche famille

Introduit par voie d'amendement lors de la discussion à l'Assemblée nationale, l'**article 114**, afin de simplifier et sécuriser la collecte par les organismes débiteurs des données relatives aux indemnités journalières accidents du travail et maladies professionnelles, permet aux organismes de sécurité sociale

d'utiliser le centre national de transfert des données fiscales (CNTDF) pour faire transiter ces données. Un nouvel article L. 583-4 du code de la sécurité sociale vise donc à autoriser les services fiscaux à collecter ces données auprès des régimes obligatoires d'assurance maladie afin de pouvoir les renvoyer ensuite aux organismes débiteurs des prestations familiales, à l'image de ce qui existe pour les indemnités journalières maladie.

Selon les informations communiquées au rapporteur, un arrêté d'application, sur lequel la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) a remis son avis, serait publié d'ici fin juillet. Le texte en a été transmis au rapporteur. Il modifie l'arrêté du 25 septembre 2008 relatif à la mise en service à la direction générale des finances publiques, à la Caisse nationale des allocations familiales et à la Caisse centrale de mutualité sociale agricole de la procédure automatisée de transfert des données fiscales prévue par le décret n° 2002-771 du 3 mai 2002. Il permet d'inclure la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) dans le dispositif de suppression de la déclaration de ressources, afin de permettre que les données relatives aux indemnités journalières soient transmises par la direction générale des finances publiques, via le dispositif du centre national de transfert, non seulement à la CNAF et à la MSA, mais aussi à la CNIEG. La liste des informations restituées par le transfert des données fiscales est élargie aux indemnités temporaires d'accidents du travail et au nombre d'enfants majeurs rattachés au foyer fiscal, le cas échéant. Corrélativement, les modalités d'exercice des droits d'accès et de rectification prévus par la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés sont précisées s'agissant des indemnités temporaires d'accidents du travail.

2. La révision de la procédure des pénalités financières

L'**article 115** réforme la procédure des pénalités financières, introduite par la loi de 2004 relative à l'assurance maladie et visant à sanctionner les abus, fraudes, omissions volontaires et tous autres manquements délibérés commis par les bénéficiaires, les professionnels et les établissements de santé et médico-sociaux. Cette révision des dispositions adoptées en 2004 et mises en œuvre depuis août 2005 s'imposait, compte tenu du faible nombre et des montants limités de pénalités prononcées en 2006 et 2007.

La nouvelle rédaction de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale élargit le champ d'application des pénalités à celles pour obstacle aux activités de contrôle, pour non-déclaration des accidents du travail par l'employeur et pour facturation abusive ainsi qu'à celles liées à l'ouverture des droits au service des prestations de la CMU-C, de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé et de l'aide médicale d'État. Au lieu du barème préétabli de sanctions par niveau de préjudice financier causé à l'organisme, précédemment en vigueur, leur montant est fixé à un maximum de 50 % des sommes indues ; si aucun indu n'est identifiable, le montant est établi forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale et doublé en cas de récidive.

Le IV substitue à la mise en garde un avertissement notifié par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, à l'issue de la phase contradictoire. Il confie au pouvoir réglementaire le soin de fixer le délai durant lequel des observations peuvent être présentées avant cette notification et le délai dans lequel le directeur, si la pénalité n'a pas été payée, adresse une mise en demeure de payer.

Afin de mieux traiter les faits de même nature ayant causé un préjudice à plusieurs organismes locaux d'assurance maladie, le VI instaure des possibilités de mutualisation des procédures et des commissions chargées de donner un avis, au sein des conseils des organismes locaux d'assurance maladie. Deux types de mutualisation des moyens sont désormais prévus : l'une en cas de dossiers intéressant plusieurs organismes simultanément et l'autre permettant la délégation par une caisse de la gestion de ses commissions à une caisse voisine, ce qui devrait contribuer à améliorer l'action des caisses ou régimes spéciaux de petites dimensions.

Le III et le VII de l'article L. 162-1-14 confient au pouvoir réglementaire respectivement le soin de définir le délai dans lequel la récidive est punie par un doublement des sanctions et la définition des cas de fraude pouvant faire l'objet d'une procédure dérogatoire permettant un prononcé accéléré de la sanction, un montant plus élevé de pénalité et la fixation de peines planchers. Par ailleurs, le VIII dispose qu'un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application de l'ensemble de l'article : en vertu du II de l'article 115, la publication de ce décret conditionne l'entrée en vigueur du nouveau dispositif, qui ne pourra sanctionner que des faits postérieurs à cette publication.

Cette publication ne devrait pas tarder car, selon les informations communiquées au rapporteur, le texte est actuellement en cours de contreseing ; elle sera suivie de celle d'une circulaire d'application.

Le projet de décret comprend une nouvelle rédaction de l'article R. 147-1 du code de la sécurité sociale, qui précise la nature écrite et le contenu de la délégation par une caisse de la gestion de ses commissions. La nouvelle rédaction de l'article R. 147-2 renforce la transparence et les droits de la défense, en fixant un délai de quinze jours pour la décision du directeur après présentation des observations des intéressés, en prévoyant une transmission directe de l'avis de la commission aux intéressés et en laissant à la commission un délai plus important pour se réunir dans de meilleures conditions, tout en assurant une meilleure représentation des professionnels de santé en son sein et en facilitant son organisation et la mutualisation des dossiers pour l'organisme.

La composition des commissions n'a pas été modifiée. Elles resteront donc en place jusqu'à expiration des mandats des conseils, prévue fin 2009 (article 5 du projet de décret), mais des règles d'inéligibilité sont introduites à l'article R. 147-3 (anciennement R. 147-4) afin de garantir la moralité et

l'impartialité de leurs membres. L'article R. 147-5 (anciennement R. 147-4) pose un principe de cumul des différentes formes de pénalités.

Les nouveaux articles R. 147-11 et R. 147-12 limitent le périmètre de la notion de fraude appliquée aux pénalités financières en la réservant aux cas les plus graves et pour lesquels les éléments matériels de la fraude doivent permettre de conclure sans difficulté au caractère intentionnel des faits (facturation répétée d'actes fictifs, falsification, faux et usage de faux, fraude interne, fraude en bande organisée).

Une modification de l'article R. 315-1-1 du code de la sécurité sociale dispense le service du contrôle médical d'informer le professionnel de santé qu'un de ses patients va être entendu et examiné, lorsque cette analyse a pour but de démontrer l'existence d'une fraude ou d'une fraude en bande organisée. Un bilan annuel des cas où le professionnel n'a pas été préalablement informé, incluant les suites données pour chaque cas, est adressé aux conseils nationaux des ordres concernés. Enfin, l'article R. 114-8 est modifié afin d'étendre le pouvoir des agents assermentés des caisses au-delà des cas intéressant les seuls assurés sociaux du régime de base, notamment aux professionnels, employeurs, établissements ainsi qu'à certaines prestations (CMU-C, aide à la complémentaire santé et aide médicale d'État) : ils ont ainsi la légitimité pour réclamer les documents liés à l'enquête et qui peuvent être souvent décisifs s'ils sont obtenus rapidement.

3. La lutte contre la fraude sociale et le travail illégal

Adopté à l'initiative de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, l'**article 117** vise à remédier à une lacune de la législation en assurant l'effectivité de la procédure d'annulation des exonérations de charges sociales dans tous les cas de travail illégal.

Une circulaire DSS/5C/2009/124 du 15 mai 2009 est venue préciser les conditions d'application de l'article L. 133-4-2 tel que modifié par l'article 117 : inventaire des réductions et exonérations pouvant ou ne pouvant pas faire l'objet d'une annulation, calcul du montant à annuler, ordre dans lequel les réductions ou exonérations sont annulées, portée de l'annulation, cas spécifiques des exonérations outre-mer et au bénéfice des jeunes entreprises innovantes, caractère contradictoire de la procédure et exploitation des procès-verbaux de travail dissimulé.

4. L'extension de la procédure de contrainte et la récupération des indus de prestations versées par les caisses d'allocations familiales

L'**article 118** comprend un double dispositif.

D'une part, au 1° du I, un nouvel article L. 161-1-5 du code de la sécurité sociale étend à l'ensemble des organismes de sécurité sociale le pouvoir de

contrainte, conféré jusqu'alors aux seules URSSAF, afin de recouvrer les prestations indûment versées. Il nécessite un décret en Conseil d'État, qui devrait prochainement être publié et dont un projet a été communiqué au rapporteur. L'extension du pouvoir de contrainte aux branches maladie et, pour le revenu de solidarité active, à la branche famille est assuré par l'insertion, respectivement dans le code de la sécurité sociale et dans le code de l'action sociale et des familles, d'un article R. 133-9-2 et d'un article R. 262-94-1. La publication de ce décret sera suivie de celle d'une circulaire d'application.

D'autre part, l'article 118 instaure un mécanisme de fongibilité permettant de récupérer des indus de prestations délivrées par une caisse d'allocations familiales sur une autre catégorie de prestations, y compris l'aide personnalisée au logement (APL), le revenu de solidarité active (RSA) et l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Ce nouveau mécanisme a nécessité l'adoption du décret (simple) n° 2009-881 du 21 juillet 2009 relatif au recouvrement des indus de prestations familiales, d'allocations aux adultes handicapés et d'aides personnelles au logement.

Il insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article D. 553-3 qui prévoit que lorsque le droit à la prestation au titre de laquelle un indu a été constitué a cessé ou lorsque le montant de cette prestation est insuffisant pour permettre la déduction de la retenue mensuelle, celle-ci est déduite des autres prestations servies au débiteur. Lorsque la procédure de compensation élargie des indus est mise en œuvre, la retenue mensuelle peut être opérée prioritairement sur les prestations à échoir versées directement au débiteur. En cas d'indus multiples, la dette globale de l'allocataire est recouvrée à raison d'un seul prélèvement mensuel sur les prestations à échoir. La retenue effectuée contribue au remboursement du montant de chaque indu, par ordre d'ancienneté jusqu'à l'extinction de chacune des créances. Lorsque plusieurs indus sont constatés à la même date, l'indu dont le montant est le plus faible est recouvré en priorité. Par ailleurs, la fongibilité des indus s'appliquera non seulement aux nouveaux indus mais aussi au « stock » des indus. Enfin, le décret rend applicable à l'APL les dispositions relatives à la récupération des indus prévues par le code de la sécurité sociale (nouvelle rédaction de l'article R. 351-28-1 du code de la construction et de l'habitation).

5. Le développement des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale

L'article 119 autorise les organismes français de sécurité sociale à échanger avec les organismes de sécurité sociale des autres États membres de l'Union, des autres États parties à l'accord sur l'Espace économique européen (EEE) et d'États inscrits sur une liste fixée par voie réglementaire, sous réserve de réciprocité, des données informatiques dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Ce nouvel article L. 114-22 du code de la sécurité sociale prévoit donc un texte réglementaire destiné à définir la liste des États non membres de l'Union

européenne ou de l'EEE avec lesquels ces échanges peuvent être mis en place. Pour l'heure, il n'est pas prévu d'établir cette liste.

Par ailleurs, la mise en œuvre de ces échanges passera par des arrangements administratifs négociés entre États. Selon les informations communiquées au rapporteur, la priorité est donnée aux États européens, avec lesquels des accords pourront être conclus rapidement et efficacement : un premier arrangement a déjà été conclu avec la Belgique en novembre dernier ; un autre est en cours de finalisation avec le Royaume-Uni et serait signé à l'automne prochain.

6. La limitation du dispositif de régularisation des arriérés de cotisations pour l'assurance vieillesse

L'article 120 prévoit que le salarié qui souhaite régulariser ses arriérés de cotisations et ne peut pas apporter la preuve qu'il a exercé une activité rémunérée par des éléments probants ne peut pas valider plus de quatre trimestres d'assurance, même s'il produit une attestation sur l'honneur portée par des témoins.

Une circulaire devrait prochainement venir préciser les modalités d'application de ce dispositif, qui porte sur les décomptes adressés depuis le 1^{er} janvier dernier.

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

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 comporte 35 articles traitant spécifiquement des dépenses d'assurance maladie et des dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Parmi ces 35 articles, 29 sont relatifs à l'assurance maladie. Deux d'entre eux appartiennent à la deuxième partie de la loi, qui regroupe les dispositions relatives à l'année 2008. Les 27 autres constituent la section 1 de la quatrième partie de la loi, consacrée aux dépenses d'assurance maladie pour 2009. Dans le texte adopté définitivement par le Parlement, cette section comportait neuf articles supplémentaires, déclarés non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2008-571 DC du 11 décembre 2008 au motif que leurs dispositions « *n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement* » et « *que, par suite, elles ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale* ».

Les six articles traitant des accidents du travail et des maladies professionnelles constituent la section 3 de la quatrième partie de la loi, dans laquelle un seul article adopté définitivement par le Parlement a été déclaré non conforme à la Constitution par la décision précitée du Conseil constitutionnel.

● *Sur les 35 articles relatifs à l'assurance maladie ou aux accidents du travail, 15 ne nécessitent la parution d'aucun texte réglementaire et sont entrés en vigueur dès le lendemain de la promulgation de la loi.*

Il s'agit d'abord, comme chaque année, des articles ayant pour objet de rectifier le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2008 et sa répartition entre ses différents sous-objectifs (**article 8**), de définir les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'année 2009 (**article 70**) et de fixer le montant et la ventilation de l'ONDAM pour 2009 (**article 71**). De même, les articles ayant pour objet de fixer la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (**article 101**), de déterminer 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 103**) et de fixer l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2009 (**article 104**) sont d'application directe.

Sont également d'application directe :

– l'**article 38**, qui charge l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de présenter, dans son rapport annuel sur les charges et les

produits des régimes obligatoires d'assurance maladie, un bilan détaillé de la mise en œuvre des propositions de l'année précédente retenues par le loi de financement de la sécurité sociale ainsi que des négociations conventionnelles, ce que font respectivement les annexes n° 5 et 6 du rapport de l'UNCAM pour 2010 ;

– l'**article 49**, qui assouplit les conditions d'inscription au répertoire des médicaments génériques : cette disposition a permis à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) d'intégrer à des groupes génériques certaines spécialités pharmaceutiques utilisées dans le traitement de l'hypertension artérielle et de l'insuffisance cardiaque ;

– l'**article 50**, qui rend obligatoire l'usage de la dénomination commune internationale (DCI) pour les prescriptions dans les groupes génériques ;

– l'**article 52**, qui charge le gouvernement de remettre au Parlement un rapport évaluant l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception et les moyens d'améliorer le remboursement des contraceptifs ;

– l'**article 59**, qui étend le champ des mises sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation atypiques ;

– l'**article 60**, qui intègre de nouvelles données dans les programmes de qualité et d'efficience (PQE) ;

– l'**article 102**, qui modifie le régime de prescription des travailleurs de l'amiante ;

– l'**article 66** relatif au statut des accueillants familiaux employés dans des établissements publics de santé

• *Par ailleurs, l'application de trois articles concernant l'assurance maladie ou les accidents du travail requiert non des décrets ou des arrêtés, mais des décisions de l'Union nationale de caisses d'assurance maladie (UNCAM).*

L'**article 37** donne ainsi compétence au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour fixer de façon unilatérale la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales dues par les chirurgiens-dentistes en 2009, ce qu'il a fait par une décision du 16 mars 2009. Cette disposition vise à rétablir l'équilibre de la convention nationale du 11 mai 2006 destinée à régir les rapports entre les chirurgiens dentistes et les caisses d'assurance maladie, mis à mal après l'annulation de certaines stipulations de cette convention par un arrêt du Conseil d'État du 16 juin 2008.

De même, l'**article 39** permet aux unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de conclure avec les personnels enseignants de médecine générale des contrats, conformes à un contrat-type élaboré par l'UNCAM, leur ouvrant droit à une rémunération complémentaire à celles qu'ils tirent, d'une part, de leur fonction d'enseignement, et d'autre part, de la fonction

de soins qu'ils exercent en secteur ambulatoire. Selon les informations fournies au rapporteur par le cabinet du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, le contrat-type précité serait en cours d'élaboration et pourrait être publié en septembre 2009.

Enfin, l'**article 42** donne compétence à l'UNCAM de soumettre la prise en charge de certains actes en série à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie, sur le fondement de référentiels élaborés par la Haute Autorité de santé (HAS). En application de cette disposition, l'UNCAM a proposé le 26 février 2009 trois projets de référentiels à la Haute Autorité, qui les a validés le 28 avril. Ces référentiels fixent, pour certains soins de rééducation dispensés par les masseurs-kinésithérapeutes, le nombre d'actes au-delà duquel l'UNCAM pourra soumettre la prise en charge des soins à une procédure d'accord préalable. D'après le cabinet du ministre des comptes publics, elle pourrait prendre une décision en ce sens en septembre 2009.

● *Enfin, la mise en application de 17 articles relatifs à l'assurance maladie ou aux accidents du travail était subordonnée à la parution de textes réglementaires.*

Le nombre de textes réglementaires prévus par les 17 articles ou jugés nécessaires à leur application par le gouvernement s'élève à 30, dont 5 décrets en Conseil d'État, 8 décrets simples et 15 arrêtés.

Sur ces textes, 13 ont été pris à ce jour, dont 3 décrets simples et 8 arrêtés.

Ainsi, s'agissant des dispositions relatives à l'assurance maladie et aux accidents du travail, la mise en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a pris moins de retard que celle de la précédente loi de financement : six mois après la publication de cette dernière, 29 des 36 textes réglementaires nécessaires à sa mise en application n'étaient, en effet, toujours pas parus.

A. LES DOTATIONS À DIFFÉRENTS FONDS ET ÉTABLISSEMENTS

1. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)

L'**article 5** a rectifié le montant de la participation des régimes d'assurance maladie obligatoires au financement du FMESPP pour l'année 2008, en le réduisant de 301 à 201 millions d'euros pour tenir compte de la sous-consommation des crédits de ce fonds. En outre, l'**article 68** a fixé à 190 millions d'euros le montant de la dotation du fonds pour 2009.

En application des dispositions des deux articles précités, un arrêté du 2 février 2009 a fixé la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du fonds pour 2008 et pour 2009.

2. La dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

a) Dotation pour 2008

L'**article 5** a réduit de 301 à 231 millions d'euros la contribution des régimes d'assurance maladie obligatoires au financement du FIQCS au titre de l'année 2008. Cette réduction correspond à des crédits non consommés du fait de retards pris dans la mise en œuvre du dossier médical personnel et dans l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation et de rémunération des professionnels de santé.

En application de cet article, un arrêté du 27 février 2009 a précisé la répartition de cette contribution entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie.

b) Dotation pour 2009

L'**article 68** a fixé à 240 millions d'euros la dotation du fonds pour 2009, mais aucun arrêté n'en a précisé la répartition entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie.

En effet, selon les explications fournies au rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, chaque année, la CNAM avance au fonds l'intégralité de la dotation prévue par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition de cette dotation entre les différents régimes n'est arrêtée qu'*ex post*, une fois l'exercice annuel clos ; chaque régime reverse alors à la caisse nationale le montant de la part qui lui revient dans la dotation du fonds.

3. La participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

L'**article 5** a réduit, de 75 à 55 millions d'euros, la contribution des régimes d'assurance maladie obligatoires au financement de l'EPRUS pour l'année 2008, pour tenir compte de la sous-consommation des crédits de paiement au cours de cet exercice. Une lettre circulaire, en date du 5 janvier 2009, a notifié aux différents régimes d'assurance maladie obligatoires la part qui revient à chacun d'eux dans cette contribution.

L'**article 68** fixe à 44 millions d'euros le montant de cette contribution au titre de l'année 2009. Il est à noter que la situation du budget de l'établissement au 31 décembre 2008 faisait apparaître un solde de crédits positif de 337 millions d'euros en autorisations d'engagement et de 234 millions d'euros en crédits de

paiement. De plus, depuis le 1^{er} janvier 2009, il a reçu des versements au titre d'arriérés, dont le montant atteint 152 millions d'euros pour les régimes obligatoires d'assurance maladie et, pour l'État, 40 millions d'euros en autorisations d'engagement et 64 millions d'euros en crédits de paiement.

Ces ressources lui ont permis de programmer le financement, pour 437 millions d'euros au titre de l'exercice 2009, de stocks de produits nécessaires à la protection de la population en cas de crise sanitaire. Conformément au plan national de prévention et de lutte contre une pandémie grippale (dit « plan pandémie »), ce programme prévoit notamment le renouvellement du stock de masques respiratoires de type FFP2 à la disposition du ministère de la santé, ainsi que d'importants moyens logistiques permettant d'alimenter les hôpitaux et les officines pharmaceutiques en médicaments antiviraux et en masques.

Toutefois, d'après les renseignements fournis au rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, il est probable que la dotation de l'établissement pour 2009 doive être augmentée afin de financer les nouvelles mesures de préparation et de réponse aux urgences sanitaires rendues nécessaires par la menace croissante de pandémie grippale à virus de type A et de souche H1N1.

En effet, l'évolution de la situation sanitaire liée à l'épidémie de grippe A / H1N1 a conduit le gouvernement à relever le niveau d'alerte en France à la « situation 5A » du « plan pandémie », caractérisée par « *l'extension géographique de la transmission interhumaine du virus* » qui « *constitue le démarrage d'une pandémie* ». C'est pourquoi, en application du « plan pandémie », le gouvernement a préparé une campagne de vaccination de la population française contre le virus grippal A / H1N1, qui nécessite l'acquisition de stocks importants de vaccins et de matériels consommables (notamment des seringues et des containers de gestion des déchets), pour un montant total évalué à 879 millions d'euros.

La situation budgétaire de l'EPRUS ne permet pas de couvrir cette dépense supplémentaire. Aussi, selon les informations fournies au rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, le gouvernement envisagerait de la financer pour moitié par une augmentation de la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, et, pour moitié, par des crédits de l'État. Il pourrait demander au Parlement d'adopter ces mesures dans le cadre de la discussion du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale et du prochain projet de loi de finances.

Cependant, afin de procéder aux acquisitions nécessaires sans attendre la discussion de ces textes, le gouvernement a demandé à la CNAM de verser à l'établissement une avance couvrant la totalité de cette dépense.

B. LES SOINS DE VILLE

1. La gouvernance du système de santé

a) L'association de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) aux négociations conventionnelles

Afin d'améliorer la coordination entre les régimes obligatoires et les organismes complémentaires d'assurance maladie en matière de gestion du risque maladie, l'article 36 permet à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) de prendre part à la négociation et à la conclusion des accords conventionnels qui régissent les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, aujourd'hui négociés entre l'Union nationale de caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des professions concernées.

Les dispositions de l'article 36, codifiées à l'article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale, font ainsi obligation à l'UNCAM d'informer l'UNOCAM de son intention d'ouvrir une négociation conventionnelle, cette dernière étant libre d'y participer ou non.

Si l'adhésion de l'UNOCAM aux accords conventionnels est facultative dans la plupart des cas, l'article 36 prévoit qu'elle constitue une condition de validité de tout accord concernant des professions ou des prestations « *pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire* ». Cependant, afin d'éviter tout blocage des négociations, cet article prévoit deux mesures :

– d'une part, il a modifié l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, pour prévoir que la décision de signer ou non un tel accord est prise par le conseil de l'UNOCAM à la majorité qualifiée de 60 % des voix exprimées, et non à l'unanimité, contrairement à la plupart de ses décisions ;

– d'autre part, il a prévu la possibilité qu'un tel accord soit transmis pour approbation aux ministres compétents en dépit de l'opposition de l'UNOCAM, mais à l'issue d'un délai minimal fixé par décret.

L'application de l'article 36 nécessite un décret et un arrêté, qui ont été publiés au mois de mai 2009.

Ainsi, le décret n° 2009-514 du 5 mai 2009 a précisé la procédure d'association de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles. Il a notamment fixé à 21 jours le délai dans lequel elle doit faire connaître sa décision de participer ou non aux négociations conventionnelles dont l'UNCAM lui aura annoncé l'ouverture. Il a précisé que lorsque l'UNCAM transmet un projet d'accord conventionnel à l'UNOCAM pour lui proposer d'y adhérer, l'absence de réponse de cette dernière pendant un mois vaut refus. Pour le cas où l'UNOCAM

refuserait de signer un accord concernant une profession ou une prestation pour laquelle la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire, ce décret a fixé à six mois le délai minimal d'attente avant la transmission de l'accord pour approbation par les ministres compétents.

En outre, un arrêté conjoint du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique et de la ministre de la santé et des sports, en date du 5 mai 2009, a précisé que les professions pour lesquelles la signature de l'UNOCAM est une condition de validité des accords conventionnels sont les chirurgiens-dentistes, les audioprothésistes et les opticiens-lunettiers.

Le rapporteur se félicite de la mise en application rapide de l'article 36 de la loi. Elle a d'ores et déjà rendu possible l'association de l'UNOCAM aux négociations engagées par l'UNOCAM avec les représentants des médecins depuis le 2 juillet 2009, ce qui sera particulièrement utile pour aboutir à la création d'un « secteur optionnel ».

b) La mise en place d'une agence des systèmes d'information partagés (ASIP)

L'article 45 a inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 161-36-4-3 qui institue un « *groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés* ».

Comme l'indique l'exposé des motifs du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ce groupement, appelé « *agence des systèmes d'information partagés* » (ASIP), sera issu de la fusion du groupement d'intérêt public du dossier médical personnel (GIP-DMP) et du groupement d'intérêt public de la carte de professionnel de santé (GIP-CPS), auxquels seront aussi transférés certains agents du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH) compétents en matière d'interopérabilité des systèmes d'information de santé.

La création de cette agence vise principalement à renforcer le pilotage des systèmes d'information de santé, dont les difficultés rencontrées dans la mise en place du dossier médical personnel (DMP) ont révélé les insuffisances, comme le rapporteur l'a montré dans un récent rapport d'information⁽¹⁾. Elle répond aux préconisations d'une mission de relance du projet de DMP présidée par M. Michel Gagneux⁽²⁾, qui a jugé nécessaire de constituer un opérateur de maîtrise d'ouvrage unique regroupant l'ensemble des fonctions nécessaires au développement des systèmes d'information de santé partagés.

(1) Rapport d'information n° 659 de M. Jean-Pierre Door sur le dossier médical personnel (DMP), janvier 2008.

(2) Rapport de la mission de relance du projet de dossier médical personnel, « Pour un dossier patient virtuel et partagé, et une stratégie nationale des systèmes d'information de santé », recommandations à la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, présenté par M. Michel Gagneux, mai 2008.

C'est pourquoi l'article 45 institue un tel opérateur et prévoit son financement par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant sera fixé chaque année par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Cependant, la mise en place de l'agence est subordonnée à l'adoption de certaines règles législatives définissant notamment le statut de ses personnels et précisant l'étendue de ses missions. Ces règles avaient été fixées par certains alinéas de l'article 45 tel qu'adopté définitivement par le Parlement, mais ces dispositions ont été déclarées non conformes à la Constitution par le Conseil constitutionnel, qui les a considérées comme des « cavaliers sociaux ». Les mesures relatives au statut des agents de l'agence ont été réintroduites à l'article 126 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires (dite « HPST »). L'article 127 du même texte donne en outre compétence à l'agence pour valider les référentiels d'interopérabilité auxquels l'article L. 1111-8 du code de la santé publique dispose que les systèmes d'information en santé doivent être conformes.

C'est pourquoi l'agence n'a été effectivement créée que le 16 juillet 2009, date à laquelle le GIP-DMP a été transformé en ASIP. Selon les informations fournies au rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, la mise en place de l'agence devrait être achevée en octobre 2009, avec l'intégration du GIP-CPS.

L'arrêté fixant le montant de la dotation de l'agence pour 2009 devrait, quant à lui, paraître à la fin de l'été 2009 ; selon les indications fournies au rapporteur, ce montant devrait correspondre aux crédits du GIP-DMP et du GIP-CPS restant à consommer pour l'exercice 2009.

2. La qualité et l'efficience des soins

a) La possibilité pour les pédicures-podologues d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions d'orthèses plantaires

Sur le modèle de la délégation de tâche accordée aux opticiens lunetier par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006), codifié à l'article L. 4362-10 du code de la santé publique, l'article 61 donne compétence aux pédicures-podologues pour adapter, dans le cadre d'un renouvellement et sauf opposition du médecin prescripteur, les prescriptions médicales initiales d'orthèses plantaires datant de moins de trois ans. Il a complété en ce sens l'article L. 4322-1 du code de la santé publique.

Cette mesure vise à la fois à éviter les consultations ayant pour seul objet le renouvellement d'une prescription d'orthèses plantaires, et à faciliter la prise en charge des patients dont les orthèses doivent être adaptées régulièrement, comme tel est le cas, par exemple, des diabétiques.

L'article 61 renvoie à un décret le soin de fixer les conditions dans lesquelles les pédicures-podologues exerceront la compétence qu'il leur confère.

Ce décret est en cours de préparation. Un projet a été soumis à l'avis du Haut conseil des professions paramédicales le 29 avril 2009 et le texte définitif pourrait être publié prochainement. Ce texte pourrait préciser, par exemple, que l'opposition du médecin au renouvellement et à l'adaptation de l'orthèse par le pédicure-podologue doit faire l'objet d'une mention expresse sur l'ordonnance initiale. Il pourrait également préciser que le renouvellement des orthèses doit être précédé d'un examen de l'appareil locomoteur et d'une information du patient, et que le pédicure-podologue doit orienter le patient vers un médecin, lorsqu'il constate une aggravation des symptômes ou que les troubles présentés excèdent son champ de compétence.

b) L'expérimentation de nouveaux modes d'organisation et de financement de la permanence des soins

Le II de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007) a prévu la possibilité pour les missions régionales de santé (MRS) de fixer, à titre expérimental, des montants et des modalités de rémunération dérogatoires pour les médecins assurant la permanence des soins et de financer des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, en particulier des maisons médicales de garde, des centres, voire des établissements de santé.

Le V de l'article 36 a modifié cette disposition pour transférer du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) à l'enveloppe des dépenses de soins de ville le financement des expérimentations concernées car, selon l'exposé des motifs du projet de loi, ce fonds n'a pas pour vocation de servir des rémunérations.

Ainsi modifié, l'article 44 précité appelle deux textes d'application :

– un décret, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et des organisations syndicales représentatives des médecins, doit déterminer les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations ;

– un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale doit préciser, d'une part, les limites dans lesquelles les missions régionales de santé fixent les montants des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins ainsi que, d'autre part, le montant maximal de dépenses au titre de ces rémunérations pour chaque mission régionale volontaire.

Aucun de ces textes n'a été publié. Selon les informations fournies au rapporteur par le cabinet du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, un projet de décret et un projet d'arrêté seraient en cours de validation. Leur publication serait envisagée pour le mois de juillet.

Sans attendre la publication de ces textes, un appel à candidatures a été lancé en avril 2009 auprès des missions régionales ; six se seraient portées volontaires.

Le rapporteur souligne l'intérêt d'une mise en œuvre rapide de ces expérimentations, qui pourraient utilement nourrir les travaux des partenaires conventionnels dans le cadre des négociations ouvertes récemment, ainsi que ceux des futures agences régionales de santé, auxquelles l'article 118 de la loi dite « HPST » donne compétence pour déterminer les modalités d'organisation et de rémunération de la permanence des soins dans leur ressort.

3. Les missions et l'organisation de l'Office national d'indemnisation des victimes des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM)

a) L'indemnisation des personnes contaminées par le virus de l'hépatite C à la suite d'une transfusion sanguine

Alors qu'auparavant, les victimes des contaminations transfusionnelles par le virus de l'hépatite C ne pouvaient obtenir une indemnisation qu'à l'issue d'une procédure contentieuse contre l'établissement français du sang (EFS), les paragraphes **I et II** de l'article 67, codifiés respectivement aux articles L. 1221-14 et L. 1142-22 du code de la santé publique, ont instauré une procédure d'indemnisation à l'amiable par l'Office national d'indemnisation des victimes des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), comparable à la procédure applicable aux personnes contaminées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans les mêmes circonstances.

Pour couvrir l'ensemble des dépenses exposées par l'ONIAM en application de cette procédure, le **III** de l'article 67 a modifié l'article L. 1142-23 du code de la santé publique pour charger l'EFS de verser chaque année à l'ONIAM une dotation couvrant l'ensemble des dépenses exposées par l'office au titre de l'indemnisation des victimes d'une contamination transfusionnelle par le virus de l'hépatite C.

Enfin, le **IV** de cet article prévoit que l'ONIAM se substitue à l'EFS dans les contentieux en cours nés de ces contaminations.

Ces dispositions renvoient à deux textes d'application :

– un décret en Conseil d'État doit fixer les modalités d'application de la nouvelle procédure d'indemnisation ;

– un décret simple doit fixer les modalités de versement par l'EFS de la dotation à l'ONIAM prévue par le **III** de l'article 67.

Aucun de ces décrets n'a été pris. Les informations fournies au rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports indiquent que ces décrets sont

en cours de préparation : le premier pourrait être examiné par le Conseil d'État au cours du mois de septembre 2009, et le second pourrait être publié avant la fin du mois d'août 2009.

b) La création d'un conseil d'orientation de l'ONIAM

Le **V** de l'**article 67** substitue aux commissions d'indemnisation de l'ONIAM compétentes en matière de VIH et d'accidents consécutifs à une vaccination obligatoire, ainsi qu'à son conseil consultatif sur le VIH, un « *conseil d'orientation* » unique, qui sera « *composé notamment de représentant des associations concernées* ».

Alors que les offres d'indemnisation faites au nom de l'office par son directeur étaient soumises à l'avis conforme de la commission d'indemnisation, le conseil d'orientation ne devrait être chargé, selon l'exposé des motifs du projet de loi, que de « *fixer le cadre* » de l'indemnisation des contaminations survenues lors d'une vaccination, une transfusion ou une injection de produits sanguins.

Le décret en Conseil d'État, prévu pour fixer les modalités de la nouvelle procédure d'indemnisation à l'amiable des contaminations post-transfusionnelles par le virus de l'hépatite C, devra préciser également le statut, la composition et les compétences exactes du conseil d'orientation de l'office.

C. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

1. Les dispositifs de régulation des dépenses

a) Le dispositif de régulation des prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour

Devant la croissance soutenue des dépenses d'assurance maladie au titre des produits de santé – spécialités pharmaceutiques, produits et prestations – financés en sus des prestations d'hospitalisation ⁽¹⁾, le **I** de l'**article 47** a instauré un dispositif de maîtrise médicalisée de ces dépenses.

Le nouvel article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 47, dispose ainsi que l'État procède à une analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation et arrête, sur la base de cette analyse et sur recommandation du Conseil de l'hospitalisation, un taux prévisionnel d'évolution de ces dépenses d'assurance maladie.

(1) Les chiffres disponibles, selon le rapport de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée de mai 2008, indiquent que ces dépenses augmenteraient de 18,4 % entre 2006 et 2007.

Dans le cas où les résultats de l'analyse nationale de l'évolution de ces prescriptions, éclairés par les recommandations émises par la Haute autorité de santé, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Institut national du cancer, amèneraient l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) à estimer que le non-respect du taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités n'est pas justifié, le deuxième alinéa du nouvel article L. 162-22-7-2 dispose également que l'agence régionale pourra décider de conclure, pour une durée d'un an, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution de ces dépenses par l'amélioration des pratiques hospitalières.

L'arrêté du 18 février 2009, pris pour l'application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale, a permis de fixer à 10 % le taux prévisionnel d'évolution pour l'année 2009 des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités.

Par ailleurs, la circulaire N°DSS/FSS/DHOS/E2/SG/2009/180 du 16 juin 2009 relative aux actions locales à conduire (contrôle des contrats de bon usage, application du dispositif de régulation) pour la maîtrise des produits de santé des listes en sus est venue compléter cet arrêté en déclinant le contenu des mesures à conduire par les agences régionales et l'assurance maladie, en vue de maîtriser l'évolution des dépenses de produits de santé inscrits sur les listes de produits financés en sus des prestations d'hospitalisation. Cette circulaire contient en annexe le plan global pour 2009 détaillant l'ensemble des actions retenues pour infléchir ces dépenses.

Le rapporteur se félicite de l'adoption rapide de l'arrêté en une matière qui contribue largement au dynamisme des dépenses d'assurance-maladie.

b) La prise en charge de certains médicaments administrés en consultation externe à l'hôpital

L'article 48 concerne les médicaments actuellement en réserve hospitalière (RH) mais qui sont administrés à des patients ambulatoires au cours de consultations externes.

Jusqu'à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ces médicaments (ex : Botox, radiopharmaceutiques) étaient délivrés, vu leur statut, à des patients hospitalisés une journée entière uniquement pour leur administration, ce qui représentait un coût inutile pour la collectivité.

L'article 48 prévoit désormais que ces médicaments peuvent être administrés à des patients en ambulatoire. Il organise ainsi, pour les produits de prescription hospitalière devant être administrés en établissements hospitaliers à des patients non hospitalisés (consultation externe) les conditions de remboursement de ces produits et le circuit de facturation. Il dispose notamment que lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif, le remboursement à l'établissement s'effectuera sur la base du montant de la facture, néanmoins

majoré d'une partie de la différence entre la facture et le tarif dans des conditions qui devaient être définies par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ⁽¹⁾. Il s'agit par ce dispositif d'inciter les acheteurs hospitaliers à obtenir des prix plus avantageux tout en les intéressant à l'économie ainsi réalisée.

Le rapporteur constate que l'arrêté prévu par la loi n'a toujours pas été pris. D'après les informations recueillies auprès du cabinet de la ministre de la santé et des sports, l'application de la mesure fait toujours l'objet de travaux techniques entre les administrations (direction générale de la santé, direction de la sécurité sociale et direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

En effet, l'agence fait valoir que cette disposition est difficilement applicable, car elle concerne de nombreux produits et demanderait donc un travail considérable de mise à jour des autorisations de mise sur le marché (AMM).

c) Prise en charge des actes et dispositifs innovants au sein de la dotation MIGAC

L'article 51 vise à faciliter le processus de diffusion des produits, prestations ou actes innovants en prévoyant la possibilité pour l'assurance maladie de les prendre en charge, sous certaines conditions, au sein de la dotation spécifique de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Ce nouveau dispositif vise à mieux encadrer la prise en charge de ces produits, prestations ou actes innovants en prévoyant des conditions plus adaptées que celles offertes par les outils existants. Les conditions de diffusion devraient être mieux contrôlées (nombre de patients exposés, établissements autorisés) et la prise en charge par l'assurance maladie n'aurait lieu que pour une durée limitée, dans l'attente des résultats d'études complémentaires qui pourraient désormais être demandées. Principalement, la prise en charge au sein de la dotation MIGAC, enveloppe fermée, permettrait d'éviter toute inscription trop hâtive sur la liste des produits et prestations financée en sus qui comporte toujours un risque de dérive financière et sur laquelle il est, en outre, très difficile de revenir.

La loi prévoit un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé, pour permettre la prise en charge partielle ou totale de tout produit, prestation ou acte au sein de la dotation.

Le retard pris dans la publication de l'arrêté prévu tient au fait que les dispositions de l'article 51 ont été sensiblement modifiées par l'article de la loi dite « HPST ».

(1) Dans sa recommandation n° 2009-04 en date du 26 janvier 2009, le Conseil de l'hospitalisation a préconisé de fixer la partie entre le tarif et le montant de la facture que l'assurance maladie rembourse à l'établissement en sus du tarif à 50 % de cet écart.

Le dispositif initialement voté reposait, en effet, sur un financement forfaitaire des dispositifs médicaux et actes innovants au travers d'une dotation MIGAC. Or, ce mode de financement a été modifié dans le cadre de la loi dite « HPST » dans le sens d'un financement à l'activité. Dans la mesure où la réalisation de ces actes et dispositifs innovants s'apparente à des activités de soins classiques, il est en effet apparu plus logique d'aligner leur mode de financement sur le mode de financement de droit commun. La loi dite « HPST » a en outre modifié le contenu de l'arrêté en ajoutant « *qu'il pouvait préciser leurs modalités d'identification dans les systèmes d'information hospitaliers* ».

La loi dite « HPST » renvoie l'entrée en vigueur de ces dispositions au 1^{er} mars 2010, date de mise en œuvre de la campagne tarifaire 2010. D'après les informations recueillies auprès du cabinet de la ministre de la santé et des sports, l'arrêté prévu par la loi devrait être publié avant cette date.

2. La tarification à l'activité

a) Les dispositions diverses relatives au financement des établissements de santé

L'article 53 a modifié les dispositions relatives au financement des établissements de santé financés à l'activité dont les dépenses d'assurance maladie sont incluses dans l'objectif des dépenses mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale (ODMCO) et ceux financés par l'objectif quantifié national (OQN) mentionné à l'article L. 162-22-2 du même code.

L'article 53 modifie également l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui prévoit des dispositions relatives à l'assiette retenue pour le calcul de la participation des assurés en ce qui concerne les prestations d'hospitalisation des activités de médecine, chirurgie et obstétrique dans les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.

Le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé a permis l'entrée en vigueur de plusieurs modifications au code de la sécurité sociale introduites par l'article 53.

Le V de l'article 1^{er} du décret traduit ainsi au niveau réglementaire la suppression introduite par le I de l'article 53, au premier alinéa du II de l'article L. 162-22-10. Il s'agit là d'améliorer la prévention des contentieux en supprimant, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, la transmission par la CNAM aux agences régionales de l'hospitalisation des états du montant total des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, puisque cette transmission est déjà prévue à l'État, et en allégeant cette transmission : la répartition par région, établissement et activité ne présentant pas d'utilité.

L'article 2 du décret a pour objet de compléter l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale. En effet, le II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a été modifié par la loi de financement pour 2009 pour prévoir que « *les conditions et modalités de la participation de l'assuré aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 sont fixées par voie réglementaire* », les mêmes dispositions repoussant ce régime transitoire jusqu'au 31 décembre 2012 et non plus 2008.

Il s'agit d'une réforme de la participation de l'assuré, prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire du ticket modérateur, qui doit permettre d'aligner le régime des établissements de santé publics sur les établissements de santé privé. En effet, jusqu'ici les premiers ne pouvaient facturer le ticket modérateur et faire payer les non assurés sur certains forfaits : sécurité environnement (SE), accueil et traitement des urgences (ATU), petit matériel (FFM) visés aux 2°, 4° et 5° de l'article R. 162-32, ainsi que sur les actes mentionnés au 3° de l'article R. 162-32-1, c'est-à-dire les actes et consultations externes. Cela concerne des établissements publics et privés participant au service public hospitalier ou ayant opté pour la dotation globale de financement.

L'article 2 du décret fixe également les fourchettes pour ces forfaits et actes, dans lesquelles l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pourra déterminer le taux de prise en charge par l'assurance maladie.

Enfin, l'article 4 du décret concerne l'établissement des tarifs journaliers de prestations dans les établissements de santé tarifés à l'activité et antérieurement financés par dotation globale. Il s'agit, en application du **X** de l'article 53, de réintroduire des dispositions réglementaires permettant d'établir des tarifs journaliers de prestations dans les établissements de santé publics et privés sous dotation globale, qui sont passés à la tarification à l'activité en 2005, soit les deux tiers des établissements. Le calcul des tarifs journaliers de prestations permet de déterminer le ticket modérateur et le tarif pour les non assurés. Ces tarifs étaient, depuis l'abrogation des dispositions correspondantes par le décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé, sans base réglementaire. Celle-ci est transitoirement rétablie, puisque doit ensuite intervenir une réforme du ticket modérateur.

Il convient toutefois de regretter que les deux décrets en Conseil d'État prévu à l'**alinéa 2 du II** et à l'**alinéa 2 du III** de l'article 53 destinés à préciser respectivement les éléments pris en compte pour la détermination de l'objectif quantifié national relatif aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation et les éléments pris en compte pour la détermination de l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et d'odontologie, sont toujours en attente de publication.

b) L'expérimentation de facturation directe

Prévue pour 2006 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 en même temps que la tarification à l'activité, la facturation directe des établissements de santé antérieurement en dotation globale aux caisses d'assurance maladie a été repoussée à plusieurs reprises, en raison de la complexité du projet, de son impact sur les systèmes d'information et sur l'organisation interne des établissements comme des caisses d'assurance maladie ainsi que de la concomitance avec d'autres projets importants, comme ceux issus de la loi portant réforme de l'assurance maladie d'août 2004.

L'**article 54** maintient jusqu'au 31 décembre 2011 le dispositif actuel de valorisation par les agences régionales de l'hospitalisation de l'activité des établissements antérieurement en dotation globale tout en permettant de déroger à ce mode de valorisation dans le cadre d'une expérimentation avec des établissements volontaires. Les modalités pratiques de cette expérimentation doivent être prévues à la fois par un décret définissant les conditions de sa mise en œuvre et par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale établissant la liste des établissements volontaires.

Cette disposition reprend les principales conclusions de la mission Inspection générale des affaires sociales–Inspection générale des finances, qui constatait, dans son rapport remis le 30 décembre 2008 à la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports et au ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, que le projet de facturation directe, n'était pas prêt pour respecter l'échéance législative prévue au 1^{er} janvier 2009 et préconisait d'en reporter la mise en œuvre après une période d'expérimentation.

Le rapporteur constate que le décret et l'arrêté prévus n'ont pas été édictés à ce jour.

Il convient toutefois de souligner, comme le notait déjà le rapport des inspections précité, que « *le projet de facturation directe a rencontré des difficultés et un défaut de pilotage qui expliquent en partie que les principaux acteurs sont loin d'être prêts* ».

D'après les informations recueillies par le rapporteur, il est apparu nécessaire que le pilotage stratégique du projet du passage à la facturation directe soit exercé directement au niveau du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales. Celui-ci présidera donc le comité de pilotage stratégique du projet de passage à la facturation directe.

En outre, la conduite des expérimentations prévues par l'article 54 et l'approfondissement de l'ensemble des sujets relatifs aux conditions de passage à la facturation directe nécessitent le recrutement d'un directeur de projet ayant des compétences fortes en matière de systèmes d'information, de circuits de facturation, de connaissance des acteurs de la santé et une expérience de projets comparables.

C'est pourquoi ce recrutement a été confié à un cabinet spécialisé. Plusieurs candidats auraient été auditionnés récemment par le comité de sélection et le recrutement devrait intervenir au cours de l'été.

Le rapporteur espère donc que le recrutement d'un directeur de projet interviendra dans les meilleurs délais, afin de mettre en place de manière opérationnelle la gouvernance du projet de facturation directe et de publier rapidement tant le décret fixant les conditions de mise en œuvre des expérimentations définies par l'article 54 que l'arrêté fixant la liste des établissements concernés.

3. L'intégration de nouvelles données dans les programmes de qualité et d'efficience

L'article 60 qui prévoit l'intégration de nouvelles données dans les programmes de qualité et d'efficience (PQE), afin de permettre notamment d'apprécier les conditions dans lesquelles sont appliquées les articles du code du travail relatifs au compte épargne temps, est d'application directe.

D'après les informations communiquées par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, la direction de la sécurité sociale travaille actuellement sur des projets de fiches pour chacun des sous-indicateurs composant l'indicateur global « *évolution des effectifs et des dépenses de personnel des établissements de santé* ». Trois sous-indicateurs auraient été retenus à ce jour :

- l'évolution des effectifs de personnel médical et non médical ;
- l'évolution des dépenses de personnel ;
- l'utilisation des comptes épargne temps dans les établissements publics de santé.

4. Le versement d'une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics

Afin d'assurer le redressement financier de la complémentaire retraite hospitalière (CRH), l'article 69 a prévu qu'un arrêté fixe, chaque année, le montant du versement de la contribution de l'assurance maladie au comité de gestion des œuvres sociales afin d'assurer le rééquilibrage financier de cette complémentaire retraite.

Cet arrêté interministériel doit être cosigné par le ministre chargé de la santé, le ministre de l'économie, des finances et de l'emploi et par le ministre du budget des comptes publics et de la fonction publique.

Le plan de redressement de la complémentaire retraite a été élaboré après de longs arbitrages interministériels et plusieurs mois de concertation avec les

AGF, gestionnaires du mécanisme, et le comité de gestion des œuvres sociales. Afin de faciliter les négociations, les ministres de l'économie et des finances et le ministre de la santé ont nommé un médiateur en 2006 pour élaborer un plan de consolidation du régime. Un plan de redressement sur 20 ans de ce produit d'assurance a ainsi été proposé, en vue d'assurer aux adhérents une rente viagère intégralement provisionnée.

L'effort financier est réparti chaque année de la manière suivante :

– 58 millions d'euros par an à la charge des adhérents via des efforts sur les prestations (contribution de solidarité sur les rentes correspondants aux points acquis avant 1998, non revalorisation des points acquis avant 1998, abattement de 5% sur les cotisations en cas de réversion) ;

– 24 millions d'euros par an à la charge des AGF ;

– 14 millions d'euros par an à la charge de l'assurance maladie.

Le projet d'arrêté a été présenté le 5 mai 2009 à la commission de la réglementation de la CNAM. Cette commission a émis un avis négatif au financement par l'assurance maladie au motif que l'assurance maladie n'a pas à financer un produit d'assurance.

Passant outre cet avis négatif, l'arrêté du 23 juin 2009 a fixé à 28 millions d'euros le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au comité de gestion des œuvres sociales. Il convient de noter que la dotation versée de 28 millions d'euros en 2009 correspond à 2 années de versement (au titre de l'année 2008 et au titre de l'année 2009).

5. Le médico-social

S'agissant des dispositions relatives au secteur médico-social contenues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, l'ensemble des mesures réglementaires nécessaires ont été prises.

Dans deux cas, l'on est encore en attente de certains décrets d'application mais pour des raisons recevables : dans le premier, une concertation est en cours avec les acteurs du secteur, la mesure ne devant entrer en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2010 ; dans le second, une expérimentation est en cours et ce n'est qu'à la lumière de ses résultats que les modifications réglementaires pourront être prises.

a) La récupération sur les tarifs soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes des dépenses d'assurance maladie indûment prises en charge à titre individuel par un organisme d'assurance maladie

Cet **article 62** a pour objet d'organiser la récupération par l'assurance maladie des dépenses médicales et paramédicales d'assurance maladie des

personnes résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui relèvent du tarif afférent aux soins de l'établissement mais qui ont été prises en charge, à titre individuel, par un organisme d'assurance maladie.

Cet article était pour l'essentiel d'application directe, sauf ce qui concerne les opérations de reversement aux différents organismes d'assurance-maladie dont les modalités devaient être définies par décret. Ce décret daté du 15 mai 2009 modifie l'intitulé du chapitre III du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale et y insère un nouvel article D. 133-4-1.

b) La tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux

L'article 63 a pour objet de poursuivre le processus de convergence tarifaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux, en visant à mettre en place une tarification à la ressource. L'objectif est de réduire les inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services prenant en charge des populations comparables.

Le I de l'article autorise donc les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget à fixer les règles de convergence tarifaire s'appliquant aux établissements et services sociaux et médico-sociaux dépassant leurs tarifs plafonds, afin de ramener les tarifs pratiqués à ces plafonds. C'est ce qu'a fait l'arrêté du 26 février 2009 fixant les règles de calcul des tarifs plafonds et de mise en œuvre de la convergence tarifaire prévues à l'article L. 314-3-II du code de l'action sociale et des familles applicables aux établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention pluriannuelle prévue au I de l'article L. 313-12 du code précité.

Le III de l'article définit pour la première fois dans la partie législative du code de l'action sociale et des familles la structuration tarifaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux. L'article L. 314-2 du code a donc été entièrement réécrit et reprend la triple composante autrefois prévue par la partie réglementaire du code, et aménage la procédure applicable au tarif afférent aux soins.

Cette réécriture ne rentrera en vigueur qu'à compter du 1^{er} janvier 2010 ce qui doit laisser le temps au Gouvernement de mener à bien l'indispensable concertation avec l'ensemble des acteurs du secteur médico-social, ainsi qu'avec les départements en vue de la rédaction d'un décret en Conseil d'État qui devrait être publié cet automne.

c) L'intégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

L'**article 64** a fait l'objet d'un long débat au Parlement et le Gouvernement a dû quelque peu revenir sur sa volonté de réintégrer purement et simplement des médicaments dans le tarif soins des EHPAD, quel que soit leur statut.

Au final, l'article initial a été totalement réécrit selon un triptyque : expérimentation, listes en sus, création de pharmaciens référents :

– la réintégration des médicaments dans la dotation soins des établissements fera l'objet d'expérimentations, sur la base du volontariat, à compter du 1^{er} janvier 2009, et pour une période n'excédant pas deux ans ; ces expérimentations seront réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité ;

– un rapport d'évaluation de ces expérimentations devra être remis par le Gouvernement au Parlement avant le 1^{er} octobre 2010 ;

– l'expérimentation menée au cours des deux prochaines années par les établissements volontaires sera généralisée à tous les établissements au plus tard le 1^{er} janvier 2011 ;

– une « *liste en sus* » est instituée pour les médicaments les plus coûteux ; les produits inscrits sur cette liste ne seraient pas financés par les forfaits soins mais seraient tout de même pris en charge directement par l'objectif global de dépenses médico-social personnes âgées (et non pas par l'enveloppe « soins de ville ») ;

– un pharmacien d'officine référent est désigné dans chaque établissement après avis du médecin coordonnateur.

Ainsi une mission est-elle en cours pour la mise en place de ces expérimentations. Il est souhaitable que ces expérimentations se mettent en place le plus rapidement possible pour que l'on dispose d'un recul suffisant avant de procéder à la généralisation avant le 1^{er} janvier 2011.

Par ailleurs, le Sénat avait souhaité conférer une solennité législative au rôle du médecin coordonnateur ce qui fait l'objet du **III** de l'article : cela suppose un toilettage de l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles qui devrait intervenir au cours du second semestre de cette année.

d) Le financement de la formation des aidants et accueillants familiaux

Le **I** de l'**article 65** avait pour objet de faire participer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement de la formation des aidants et des accueillants familiaux de personnes âgées ou handicapées adultes. Le

Conseil constitutionnel a estimé, dans sa décision n° 2008-571, que cela ne relevait pas du domaine des lois de financement de la sécurité sociale et l'a censuré. Depuis, cette disposition a été réintroduite dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (aux 17° et 18° de l'article 124, ancien article 28 du projet de loi).

Ne subsiste donc plus que le **II** de l'article 65 dont l'objectif était de restructurer l'affectation des crédits non consommés de la CNSA au cours d'un exercice budgétaire afin d'élargir le périmètre des actions pouvant être financées par ce biais, en particulier les actions de formation. Pour l'instant, cette nouvelle possibilité n'a pas été utilisée (voir l'arrêté du 3 avril 2009 fixant le montant des reports de crédits affectés à d'autres sections prévu à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles), les budgets initiaux consacrés à ces actions pour 2009 ayant été estimés suffisants.

D. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

1. L'amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux

L'arrêté du 3 février 2009 a permis l'application de l'**article 98**, transposant les dispositions de l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007 relatif à la prévention, la tarification et à la réparation des risques professionnels, afin d'améliorer la prise en charge des frais paramédicaux engagés par la victime d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail dont les tarifs sont insuffisants.

L'article 98 dispose que les tarifs des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et délivrés dans le cadre de la prise en charge des frais nécessités par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime, sont majorés par application d'un coefficient déterminé par arrêté ministériel dans la limite des frais réellement exposés, lorsque le Comité économique des produits de santé n'a pas utilisé sa possibilité de fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix de ces produits et prestations. Par ailleurs, le coefficient de majoration des tarifs prévu par la loi s'applique également aux prothèses dentaires, dont les tarifs sont inclus dans les actes dentaires de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

L'arrêté du 3 février 2009 a fixé à 1,5 ce coefficient multiplicateur applicable au tarif des produits et prestations pour lesquels il n'existe pas de prix administré et aux tarifs de l'ensemble des prothèses dentaires.

2. Le maintien des indemnités journalières et la prévention de la désinsertion professionnelle

L'**article 100** prévoit l'édiction d'un décret pour fixer les conditions d'application de la nouvelle possibilité de maintenir l'indemnité journalière (IJ) pendant le délai qui court à partir de la date de l'examen médical de reprise du

travail qui déclare, le cas échéant, le salarié inapte à son poste actuel. Ce maintien est possible pendant une période d'un mois maximum, au terme de laquelle l'employeur peut soit reclasser, soit licencier le salarié. Pendant ce délai d'un mois maximum, la victime ne recevait jusqu'ici ni indemnité journalière, ni salaire, ni indemnité chômage.

Ce décret, nécessaire à l'application d'une disposition qui apporte pourtant aux victimes d'accident du travail et de maladies professionnelles une amélioration de nature à favoriser leur réinsertion et qui se situe dans l'esprit de l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007 relatif à la prévention, la tarification et à la réparation des risques professionnels, n'a toujours pas été publié.

D'après les informations recueillies par le rapporteur auprès du cabinet de la ministre de la santé et des sports, sa rédaction a soulevé, en effet, un certain nombre de difficultés liées en particulier au fait que les caisses primaires d'assurance maladie n'interviennent pas du tout dans la procédure d'avis d'aptitude ou d'inaptitude, laquelle relève exclusivement de la compétence des médecins du travail et que ces avis ne mentionnent pas s'ils sont en rapport ou non avec un accident du travail et une maladie professionnelle (alors même que l'accident ou la maladie n'est pas encore forcément reconnu au moment de la visite de reprise). Pour la première fois, c'est le médecin du travail qui aurait à faire ce lien, ce qui ne va pas de soi. Par ailleurs, il convient de reconnaître que les avis d'inaptitude ou d'aptitude au travail font actuellement l'objet d'une réflexion par les partenaires sociaux, dans le cadre des négociations menées sur la modernisation de la médecine du travail, dont on commence seulement à connaître les premières orientations.

Dans ce contexte, la parution du décret, actuellement en cours de finalisation avec les services de la CNAM et de la direction générale du travail, pourrait être envisagée pour l'automne.

III.- L'ASSURANCE VIEILLESSE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 comporte de très nombreux articles consacrés à l'assurance vieillesse dans la mesure où elle a été le véhicule privilégié de mise en œuvre des nombreuses réformes décidées lors du rendez-vous 2008 sur les retraites.

Sur les 23 articles relatifs à l'assurance vieillesse, 19 nécessitaient des mesures réglementaires d'application et, pour l'essentiel, soit dix articles, ces mesures ont été prises, parfois très rapidement. Certaines mesures sont encore en attente, mais il s'agit soit de mesures de « toilettage » des textes réglementaires, soit de dispositions ayant une date d'entrée en vigueur ultérieure.

Seuls quatre articles ne nécessitaient pas de mesures d'application :

- **l'article 75** confiant au Conseil d'orientation des retraites la rédaction d'un rapport sur la possibilité de procéder à un changement systémique de notre système de retraites ;
- **l'article 84** relatif au principe d'application par génération à la fonction publique pour l'ouverture du droit à la retraite anticipée pour carrière longue ;
- **l'article 88** relatif à la libéralisation du cumul emploi-retraite pour les bénéficiaires du taux plein ⁽¹⁾ ;
- **l'article 97** relatif aux objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2009.

Les 19 autres articles peuvent être réparties en trois catégories : les mesures visant à améliorer certaines prestations vieillesse ; les dispositions dictées par le souci de recentrer certains dispositifs ; et les mesures en faveur de l'emploi des seniors.

A. LES MESURES VISANT À AMÉLIORER CERTAINES PRESTATIONS VIEILLESSE

1. La revalorisation du minimum vieillesse

L'**article 73** permet au Gouvernement de revaloriser au-delà de l'indexation sur l'évolution des prix à la consommation hors tabac le montant du minimum vieillesse et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), ainsi que les montants des plafonds de ressources et des montants limites de

(1) Deux circulaires sont néanmoins venues préciser le dispositif : la circulaire interministérielle DSS/3A n° 2009-45 du 10 février et la circulaire de la CNAV n° 2009-25 du 13 mars 2009.

récupération, qui sont indexés sur le montant de l'allocation. Ce afin de donner une base légale à l'engagement du Président de la République de revaloriser le minimum vieillesse de 25 % d'ici 2012.

Le décret n° 2009-473 du 28 avril 2009 relatif à la revalorisation du minimum vieillesse a donc mis en œuvre cette réforme en portant à 8 125,59 euros par an le montant du minimum vieillesse pour une personne seule à compter du 1^{er} avril 2009 et en prévoyant un calendrier d'augmentation jusqu'au 1^{er} avril 2012 : 8507,49 euros à compter du 1^{er} avril 2010, 8907,34 euros à compter du 1^{er} avril 2011 et 9325,98 euros à compter du 1^{er} avril 2012.

Le **II** de l'article 73 prévoyait également une déconnexion des plafonds du minimum vieillesse et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) afin d'éviter le relèvement de 25 % du plafonds de ressources de cette dernière. Les conséquences réglementaires de cette mesure ont été prises par le décret n° 2008-1509 du 30 décembre 2008.

2. La majoration des pensions de réversion

L'**article 74** permet, d'une part, d'accorder une majoration de pension de réversion aux titulaires des plus faibles pensions de retraite (tous régimes confondus) et, d'autre part, de rétablir une limite d'âge pour le service des pensions de réversion, que la loi du 21 août 2003 avait prévue de supprimer progressivement.

Les dispositions réglementaires nécessaires ont été prises par un décret en Conseil d'État n° 2009-788 et un décret simple n° 2009-789, tous deux datés du 23 juin 2009. A ainsi été confirmé le taux de 11,1 % de majoration qui permet, *de facto*, d'atteindre un taux de réversion de 60 %.

Néanmoins, la date d'entrée en vigueur de cet article est fixée au 1^{er} janvier 2010, car son application concrète suppose de mettre en place un nouveau système d'échange d'informations entre les régimes de retraite : les caisses de retraite vont devoir analyser la situation des bénéficiaires et demandeurs d'une réversion, afin de vérifier si les pensions qui leur sont versées sont ou non d'un montant inférieur à 800 euros. Pour ce faire, il est indispensable que les caisses puissent se transmettre les données relatives à chaque bénéficiaire ou demandeur.

C'est ce que prévoit l'**article 76** : les organismes et services chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires communiqueront, par voie électronique, les informations nécessaires à la détermination du droit au bénéfice des prestations de retraite et, le cas échéant, au calcul de ces prestations.

Les modalités de mise en œuvre de ce système d'informations doivent encore être fixées par décret. Un projet de décret a d'ores et déjà été rédigé,

soumis au conseil d'administration de la CNAV et transmis à la CNIL. Une saisine du Conseil d'État est prévue pour la fin du mois de septembre avec une publication envisagée début décembre. Le calendrier est donc extrêmement serré et devra être respecté pour que ce nouveau dispositif d'échange d'informations puisse être mis en place.

3. L'amélioration des droits à pension des retraités agricoles

La mesure prévue par l'**article 77** crée une nouvelle majoration de la retraite personnelle des personnes non salariées agricoles. La majoration garantit un montant minimum de pension de retraite non salariée agricole déterminé en fonction de la durée de la carrière et des qualités de l'assuré.

Conçue pour être un filet de sécurité en faveur des personnes non salariées agricoles, la mesure prévoit de calculer le montant de la pension de retraite majorée par application d'un différentiel entre le montant de la pension minimum de référence, définie pour chaque assuré, et le montant des pensions de vieillesse servies à l'assuré par le régime des personnes non salariées des professions agricoles.

Les décrets n° 2009-173 et n° 2009-174 du 13 février 2009 sont venus préciser les conditions d'application du nouveau dispositif, dont la montée en charge devrait être assez progressive : il est peu probable que les 116 millions d'euros budgétés pour cette mesure soient intégralement dépensés pour cette première année d'application, mais il est encore trop tôt pour dresser un premier bilan.

Par ailleurs, l'**article 78** a modifié le dispositif de rachat des périodes d'aide familial agricole, accomplies entre 14 et 21 ans, dans le cadre des exploitations familiales et a rendu les modalités de preuve plus contraignantes. Le décret n° 2009-599 du 26 mai 2009 relatif au rachat de cotisations des années accomplies en qualité d'aide familial est venu tirer les conséquences réglementaires de ces modifications.

4. La modification du mécanisme d'indexation des pensions

L'**article 79** a modifié les modalités de revalorisation annuelle des pensions des retraités du régime général, des régimes alignés, des fonctionnaires et des professions libérales. L'objectif était de réduire l'écart entre le moment où la variation de l'indice des prix d'une année donnée est constatée et le moment où les pensions sont revalorisées en fonction de cette variation. À cette fin, il a donc été décidé de revaloriser les pensions au 1^{er} avril. À cette date, la variation définitive des prix à la consommation de l'année précédente est en effet connue et l'estimation de l'inflation pour l'année en cours est beaucoup plus fiable que celle réalisée au mois de septembre de l'année précédente, comme cela était fait auparavant.

Le décret n° 2009-292 du 16 mars 2009 est venu compléter le dispositif en précisant, comme cela était pressenti, que la commission visée au premier alinéa de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale est la Commission économique de la nation, structure rattachée à la direction générale du Trésor et de la politique économique. Cette commission comprend 80 membres choisis parmi les personnalités qualifiées par leurs travaux et leur compétence économique et financière.

5. L'accès à la retraite anticipée pour les avocats et professionnels libéraux lourdement handicapés

L'article 82 étend aux professionnels libéraux et aux avocats handicapés la possibilité de déroger à la condition d'âge de soixante ans pour bénéficier d'une retraite à taux plein.

La loi a laissé au pouvoir réglementaire le soin de fixer le taux d'incapacité et la durée d'assurance nécessaire, afin que les professionnels libéraux et les avocats lourdement handicapés bénéficient de la retraite anticipée, ainsi que les conditions dans lesquelles leur pension est majorée : c'est ce qu'a fait le décret n° 2009-305 du 18 mars 2009.

6. L'amélioration des droits à la retraite des artisans et commerçants

L'article 86 devait ouvrir le droit aux assurés justifiant d'une durée d'affiliation minimale dans les régimes d'assurance vieillesse des artisans, commerçants et industriels d'obtenir, à compter de 2010, une validation de trimestres d'assurance supplémentaires en contrepartie du versement d'une cotisation additionnelle. Ce dispositif résultait d'une proposition du conseil d'administration de la Caisse nationale du Régime social des indépendants (RSI) et répondait à une demande très ancienne des artisans et commerçants.

Néanmoins, l'idée était de financer ces nouveaux droits grâce à la hausse des cotisations vieillesse prévue par la loi Fillon de 2003, hausse rendue possible par la baisse du chômage alors espérée et donc des cotisations. Malheureusement, la crise économique qui frappe notre pays et l'augmentation du chômage qui en résulte rend impossible toute baisse des cotisations chômage. Le transfert de celles-ci vers les cotisations vieillesse est donc pour l'instant reporté.

Dès lors, le Gouvernement n'a pas souhaité prendre les décrets d'application permettant la mise en œuvre de ce nouveau dispositif. Certes, le RSI estime possible, dans un premier temps, de financer ces nouveaux droits sans hausse de cotisations avec le montant des rachats versés par les assurés. Mais il ne s'agit pas là d'un financement pérenne et il semble effectivement plus sage de reporter l'entrée en vigueur du dispositif.

B. LA NÉCESSITÉ DE RECENTRER CERTAINS DISPOSITIFS

1. La réforme du minimum contributif

Le minimum contributif majoré est attribué aux assurés qui ont obtenu une retraite à taux plein au titre de la durée d'assurance ou de catégories particulières mais qui ont cotisé sur de faibles salaires. L'**article 80** a prévu un certain nombre de mesures venant encadrer ce dispositif.

Ainsi, pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} avril 2009, la majoration sera réservée aux seuls assurés ayant une durée minimale d'assurance ayant donné lieu à cotisations d'au moins 120 trimestres (décret n° 2008-1509 du 30 décembre 2008).

Par ailleurs, dans le cas où l'assuré a relevé d'un ou plusieurs régimes et lorsqu'il est susceptible de bénéficier du minimum contributif dans un ou plusieurs de ces régimes, ce minimum lui est versé sous réserve que le montant mensuel total de ses pensions n'excède pas un montant fixé par décret (**II** de l'article). Le **V** de l'article précise que cette disposition entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2011. La date du 1^{er} janvier 2010 est envisagée mais n'est pas encore fixée et les décrets sont en cours de préparation et devraient être publiés à l'automne. Sachant que cela suppose que le nouveau système d'échanges d'information prévu à l'article 76 soit mis en place d'ici là.

Enfin, l'**article 81** permet que la majoration de pension versée aux travailleurs lourdement handicapés soit calculée après l'application éventuelle du minimum contributif au montant de leur pension. Un décret est en cours de préparation sur ce point.

2. La modification des règles de rachat de trimestres pour l'ouverture du droit à retraite anticipée pour carrière longue

Depuis son entrée en vigueur en 2004, le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue a connu une montée en charge, qui n'était pas prévue par les projections initiales établies en 2003. Ces projections escomptaient en effet une décline progressive du nombre de nouveaux bénéficiaires à partir de la fin de l'actuelle décennie. Mais, il a sous-estimé l'effet des nombreuses possibilités de validation de trimestres aujourd'hui en vigueur, dont le volume devrait finalement s'avérer trois fois supérieur aux prévisions.

L'**article 83** révisé le dispositif de rachat de trimestres, pour que celui-ci ne soit pas détourné de son objectif initial et utilisé pour bénéficier d'un départ à la retraite anticipée. Le nouvel article L. 173-7 du code de la sécurité sociale dispose que les versements de cotisations effectués au titre des périodes d'études supérieures ou d'années d'activité incomplète ne seront pas pris en compte pour l'ouverture du droit à la retraite anticipée.

Un décret simple est en cours de préparation et devrait être publié cet automne.

C. LES MESURES EN FAVEUR DE L'EMPLOI DES SENIORS

1. Application d'une cotisation additionnelle de 1 % en cas d'absence d'accord collectif en faveur de l'emploi des salariés âgés

L'article 87 impose aux entreprises d'au moins 50 salariés l'obligation de négocier un accord ou d'élaborer un plan d'action en faveur de l'emploi des seniors. Les entreprises concernées non couvertes par un accord d'entreprise ou de groupe, ou à défaut par un plan d'action, au 1^{er} janvier 2010, devront payer une pénalité. Fixée à 1 % des rémunérations ou gains versés aux salariés, elle sera due pour chaque mois entier au cours duquel l'entreprise n'est pas couverte par un tel accord ou plan.

Deux décrets du 20 mai 2009 sont venus préciser le dispositif : un décret en Conseil d'État n° 2009-560 a précisé la liste des « *domaines d'action* » que devra comprendre chaque accord et un décret n° 2009-564 a défini les modalités de décompte des effectifs pour l'application du dispositif. Par ailleurs, une circulaire n° 2009-31 conjointe de la Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle, de la Direction générale du travail et de la Direction de la sécurité sociale a été publiée le 9 juillet dernier.

2. Revalorisation de la surcote

L'article 89 renforce la majoration de pension dite « *surcote* » mise en place par la loi du 21 août 2003 dans tous les régimes d'assurance-vieillesse obligatoire.

Le taux de la surcote a été revalorisé de 0,75 % à 1,25 % par trimestre supplémentaire dès la promulgation de la loi pour les fonctionnaires et par le décret n° 2008-1509 du 31 décembre 2008 pour les autres régimes.

3. Mise à la retraite d'office

L'article 90 a repoussé de 65 à 70 ans l'âge auquel l'employeur peut mettre un salarié à la retraite d'office. Le décret n° 2008-1515 du 30 décembre 2008 est venu préciser le dispositif : trois mois avant la date du 65^{ème} anniversaire d'un salarié, l'employeur doit l'interroger par écrit sur son intention de quitter l'entreprise pour bénéficier d'une pension de vieillesse. Il dispose alors d'un mois pour répondre. En cas de réponse négative ou à défaut d'avoir respecté cette obligation, l'employeur ne peut mettre le salarié à la retraite pendant un an.

Dans le même ordre d'idée, les articles 91 et 92 ont repoussé la limite au-delà de laquelle les pilotes et les personnels de cabine ne pouvaient plus

exercer leur activité, respectivement de 60 à 65 ans et de 55 à 60 ans. Selon la Direction générale de l'aviation civile, ces dispositions sont d'application directe et ne nécessitent pas de modification réglementaire. Par ailleurs, le II de l'article 91 prévoit la modification des textes réglementaires relatifs à l'aptitude physique et mentale du personnel navigant après consultation des partenaires sociaux ; cette consultation est en cours.

4. Suppression des clauses couperets dans la fonction publique

L'**article 93** autorise les fonctionnaires à prolonger leur activité professionnelle au-delà de la limite d'âge prévue par les statuts du corps auquel ils appartiennent, sans que cette prolongation leur permette de rester en activité au-delà de 65 ans. Un décret en Conseil d'État est en préparation et devrait être publié en septembre.

IV.- LA BRANCHE FAMILLE

Concernant la branche famille, deux articles sont d'application directe : l'**article 105** qui prévoit le financement par la Caisse nationale des allocations familiales de l'intégralité des majorations de pensions pour enfants, et l'**article 110** relatif aux objectifs de dépense de la branche famille.

Quant aux textes d'application des trois autres articles, aucune mesure réglementaire n'a encore été publiée.

Pour mémoire, on rappellera que dans sa décision n° 2008-571 DC du 11 décembre 2008, le Conseil constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution un article visant à modifier le régime du crédit d'impôt accordé aux entreprises qui créent ou participent à la création de crèches, au motif que cette disposition ne trouvait pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

A. LA FIXATION D'UN PLAFOND HORAIRE DE PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS SOCIALES DES ASSISTANTS MATERNELS

L'**article 106** remplace le plafond journalier de prise en charge des cotisations sociales des assistants maternels au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) par un plafond horaire.

Jusqu'à présent, l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale prévoyait que les allocataires de la PAJE qui employaient un assistant maternel bénéficiaient d'une prise en charge totale des cotisations et contributions sociales. Cependant, l'article D. 531-17 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2008-605 du 26 juin 2008 relatif aux ressources prises en compte par les organismes débiteurs des prestations familiales, précisait que la prise en charge s'exerçait dans la limite d'une rémunération ne dépassant pas, par jour et par enfant, cinq fois la valeur horaire du salaire minimum de croissance, soit, à l'heure actuelle 45 euros.

Or, afin de bénéficier de la totalité des exonérations de charges sociales, les parents s'efforçaient de ne pas dépasser ce plafond journalier, alors même que les assistants maternels qu'ils employaient pouvaient effectuer des journées de 11 heures. Ainsi, jusqu'à présent, le procédé le plus courant consistait à ne pas déclarer la totalité des heures travaillées. À titre d'exemple, étaient déclarés quatre jours de neuf heures de travail au lieu de trois jours de douze heures.

Il s'agit donc de limiter la fraude à laquelle incitait la législation antérieure en permettant aux parents employant des assistants maternels de déduire la totalité des cotisations sociales dans la limite d'un plafond horaire et non plus d'un plafond journalier, tout en garantissant aux assistants maternels d'être aussi bien, sinon mieux, rémunérés. L'enjeu est de taille si l'on sait que les assistants

maternels représentent le premier mode de garde des enfants de moins de six ans en France.

Le II de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par la loi de financement, prévoit qu'un décret fixe le montant de ce « *taux de salaire horaire maximum* » ouvrant droit au remboursement des charges sociales. D'après les informations communiquées au rapporteur par le ministère chargé de la famille, un décret simple serait en cours de préparation, mais les concertations préalables avec les différents acteurs n'auraient pas permis de dégager un consensus sur les modalités concrètes de prise en charge des cotisations sociales des assistants maternels.

En effet, plusieurs difficultés retardent la publication du décret. Tout d'abord se pose le problème du montant du nouveau plafond horaire, qui devrait avoir des conséquences notables sur la rémunération des assistants maternels. En outre, la modification du plafond pourrait avoir une incidence non négligeable sur les relations contractuelles entre employeurs et assistants maternels.

Selon les informations communiquées au rapporteur, la Fédération nationale des particuliers employeurs (FEPÉM) et les syndicats représentatifs des assistants maternels sont en désaccord sur le taux à retenir. La FEPÉM est favorable à une conversion sur la base d'une journée de 9 heures, ce qui correspond à la durée de travail inscrite dans la convention collective de 2004, dont l'article 6 prévoit que « *la durée habituelle de la journée d'accueil est de 9 heures* ». Cette option correspondrait à un taux horaire de 4,84 euros par heure de garde, soit 0,56 SMIC horaire. Toutefois, certaines organisations représentatives de la profession des assistants maternels souhaitent une conversion sur la base d'une journée de 8 heures, c'est-à-dire au taux actuellement applicable, soit 0,62 SMIC horaire. Les assistants maternels souhaitent, en outre, un relèvement du plafond pour inclure les majorations de salaire (en cas de garde d'enfants handicapés par exemple) et une exclusion des heures supplémentaires.

Selon le ministère chargé de la famille, une solution envisagée consisterait à modifier le système actuel de prise en charge des cotisations. Celle-ci pourrait être plafonnée à un niveau de rémunération de l'assistant maternel. Par exemple, les cotisations et contributions sociales pourraient être prises en charge à 100 % par la branche famille jusqu'à 700 euros de rémunération mensuelle. Les cotisations et contributions sociales dues au titre du salaire excédant ce plafond demeuraient exigibles des parents. Cependant, cette solution nécessite une expertise financière approfondie.

On peut s'interroger enfin sur les conséquences financières de cette mesure, dans l'hypothèse où certaines heures non déclarées le deviendraient. Une telle évaluation est délicate. Pour mémoire, à l'heure actuelle, le montant total des exonérations sociales financées par la branche famille au titre de l'emploi d'un assistant maternel s'élève à 2,5 milliards d'euros pour 2007. Toutefois, le montant de la prise en charge varie selon les départements. Peu d'assistants maternels sont

payés au tarif maximum de 45 euros par jour, en dehors de Paris et des Hauts de Seine où les besoins sont très importants et l'offre réduite et où leur niveau de rémunération moyen mensuel s'élève respectivement à 1 440 et 1 330 euros.

B. LA MODULATION DE LA PRESTATION DE COMPLÉMENT DE LIBRE CHOIX DU MODE DE GARDE EN CAS D'HORAIRE D'ACCUEIL ATYPIQUES

L'article 107 a modifié le III de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, en introduisant une modulation du montant du complément de libre choix du mode de garde en fonction des « *horaires spécifiques de travail* » des parents, afin de rendre moins onéreux le recours à un assistant maternel ou à une garde d'enfant à domicile pour des plages horaires atypiques.

Il faut rappeler que le complément de libre choix du mode de garde a pour but de compenser le coût de la garde des enfants de moins de six ans, en prenant en charge une partie de la rémunération et des cotisations sociales de l'assistant maternel ou de la garde d'enfant à domicile. Son montant varie selon les ressources du ménage employeur, le nombre d'enfants gardés et le type de lien juridique entre la famille bénéficiant du service de garde et le professionnel (recours à une association mandataire agréée qui est l'employeur de l'assistant maternel ou embauche directe du professionnel par la famille).

Selon les chiffres de la CNAF, en 2008, 679 000 familles bénéficient du complément de libre choix du mode de garde, dont 628 000 pour l'emploi d'un assistant maternel et 51 000 pour l'emploi d'un garde à domicile.

Il s'agit, pour ces familles, de compenser le paiement des heures supplémentaires réglementées, dont le coût est parfois lourd à assumer, lorsque l'un des parents travaille en horaires atypiques. Or, on sait que 80 % des parents qui travaillent sont aujourd'hui concernés pour au moins une personne du foyer par des horaires de travail irréguliers ou décalés ⁽¹⁾. Pour leurs enfants, la probabilité d'avoir à être gardés avant huit heures et après dix-neuf heures est accrue.

Il est prévu qu'un décret simple, actuellement en contreseing, précise les conditions d'attribution de cette majoration de prestation. Le projet de décret, transmis au rapporteur prévoit ainsi une majoration du complément de libre choix du mode de garde de 10 % en cas d'horaires atypiques. Entrent dans la catégorie des horaires atypiques ouvrant droit à la majoration du complément de libre choix du mode de garde :

- le dimanche ;
- les gardes de nuit (entre 22 heures et 6 heures du matin) ;

(1) DREES, *Études et résultats n°551*, « La garde des enfants en dehors des plages horaires standard », Bresse S., Le Bihan B. et Martin C., janvier 2007.

– les jours fériés mentionnés à l'article L. 3133-1 du code du travail ⁽¹⁾.

Le projet de décret précise, en outre, les modalités de calcul et de versement des droits à majoration. En cas d'emploi d'un assistant maternel agréé ou d'une garde d'enfant à domicile, le demandeur doit préciser par voie électronique le nombre d'heures de garde en horaires spécifiques. Lorsque le ménage ou la personne recourt à une association ou à une entreprise habilitée à cet effet pour assurer la garde d'un enfant, l'association, l'entreprise ou la microstructure indique sur l'attestation adressée à l'organisme débiteur des prestations familiales le nombre d'heures concernées.

De plus, le nombre d'heures effectuées en horaires atypiques devrait faire l'objet d'un contrôle annuel de la caisse d'allocations familiales (CAF) sur la base d'une attestation annuelle de l'employeur de la personne ou d'une déclaration sur l'honneur pour les travailleurs indépendants.

Il faut enfin préciser que le droit à majoration est ouvert si l'enfant est gardé au minimum 25 heures en horaires atypiques dans le mois au titre duquel le complément de mode de garde est demandé. Dans le cas où le seuil des 25 heures ne serait pas atteint, la caisse procéderait au recouvrement de la majoration indûment versée.

Le dispositif serait applicable à compter d'une garde effectuée dès le 1^{er} septembre 2009.

Ces éléments appellent quelques remarques.

Tout d'abord, il convient de s'interroger sur la pertinence de la définition des horaires atypiques retenue. En effet le périmètre tracé par le projet de décret ne couvre qu'une partie des familles concernées par cette problématique. Les horaires atypiques ou l'accueil en urgence regroupent un ensemble de situations variées (missions intérimaires, travail en alternance, journée longue, travail de nuit, le dimanche ou le week-end) qui génèrent des modalités de garde différentes et que le projet de décret n'intègre que de manière incomplète.

En particulier, le rapporteur ne peut que regretter l'absence de prise en compte de la garde des enfants avant huit heures ou après vingt-deux heures, ce qui pourtant correspond à un besoin réel des parents et plus particulièrement des mères de famille qui peinent à concilier vie familiale et vie professionnelle. En effet, on estime à 29 % et 18 % la proportion des enfants de moins de 7 ans qui sont gardés le matin avant 8 heures et après 22 heures. Le rapporteur note également que le travail le samedi n'a pas été pris en compte alors même que pour la catégorie de salariés travaillant habituellement à des horaires décalés, les contraintes se cumulent: presque tous les salariés travaillant le dimanche,

(1) Article L. 3133-1 du code du travail : Les fêtes légales ci-après désignées sont des jours fériés : 1° Le 1^{er} Janvier ; 2° Le lundi de Pâques ; 3° Le 1^{er} Mai ; 4° Le 8 Mai ; 5° L'Ascension ; 6° Le lundi de Pentecôte ; 7° Le 14 Juillet ; 8° L'Assomption ; 9° La Toussaint ; 10° Le 11 Novembre ; 11° Le jour de Noël.

travaillent aussi le samedi⁽¹⁾, ont des journées de plus de 11 heures, des horaires alternants, le plus souvent fixés par l'entreprise sans possibilité de modification.

Au demeurant, le projet de décret n'indique pas si les deux parents ou un seul doivent être concernés par les horaires atypiques pour bénéficier de la majoration du complément de libre choix du mode de garde.

Le rapporteur remarque, en outre, que le barème applicable à cette majoration du complément de libre choix du mode de garde n'est pas précisé. Il s'agit pourtant d'une question cruciale. En effet, le rapporteur souhaite insister sur le fait que le complément de libre choix du mode de garde demeure une prestation proportionnellement plus utilisée par les familles situées dans les 4^{ème} et 5^{ème} quintiles des revenus⁽²⁾. Or la majorité des travailleurs concernés par les horaires atypiques ont des revenus relativement faibles. Si aucun barème n'est appliqué à cette mesure, elle bénéficiera d'avantage aux familles les plus favorisées, qui ont la capacité de financer des modes garde complémentaires. Étant de plus précisé que la majoration de 10 % ne permettra pas dans tous les cas de compenser en totalité le paiement des heures supplémentaires réglementées⁽³⁾. En effet, la majoration du complément sera comprise, selon la situation financière et familiale des foyers, entre 9 et 45 euros par mois pour l'emploi direct d'un assistant maternel ou d'un garde à domicile, et entre 69 et 81 euros pour le recours à une association ou une entreprise⁽⁴⁾.

Le fait de conditionner l'ouverture du droit à majoration du complément de libre choix du mode de garde à un seuil de 25 heures minimum de garde en horaires atypiques paraît particulièrement inadapté à certaines situations observées sur le marché du travail, notamment dans les secteurs qui connaissent une grande variation saisonnière. Un abaissement de ce seuil aurait pu être utilement prévu.

Le rapporteur souhaite enfin ajouter que la solvabilisation des familles travaillant à des horaires atypiques ne répond qu'en partie aux problèmes de garde qu'elles rencontrent. L'insuffisance, voir l'absence, de modes de garde adaptés hors des horaires classiques demeure. En témoigne la répartition du temps de garde moyen assuré par les différents intervenants pour les enfants gardés la nuit ou le week-end.

(1) DARES Première, synthèses informations n° 22.2 « Horaires atypiques et contraintes dans le travail », mai 2009.

(2) DREES Études et résultats n° 678 « Modes de garde et d'accueil des enfants de moins de 6 ans en 2007 », S. Ananian et I. Robert-Bobée, février 2009.

(3) À titre indicatif, l'article 10 de la convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur du 1^{er} juillet 2004 prévoit que « dans le cas où, exceptionnellement, l'enfant est confié au salarié le jour de repos hebdomadaire, celui-ci est rémunéré au tarif normal majoré de 25 % ou récupéré, d'un commun accord, par un repos équivalent majoré dans les mêmes proportions ». Ce jour est donné de préférence le dimanche. L'article 11 de la même convention prévoit une majoration de rémunération pour les jours fériés travaillés. Enfin, l'article 7 prévoit qu'à partir de la 46^{ème} heure hebdomadaire d'accueil, il est appliqué un taux de majoration laissé à la négociation des parties

(4) Calculs effectués à partir des montants des prestations légales applicables au premier semestre 2009.

Répartition du temps de garde moyen assuré par les différents intervenants pour les enfants gardés le week-end par des tiers

Grands-parents	50 %
Autres membres de la famille	12 %
Professionnels rémunérés (crèche de personnel, nourrice, baby-sitter, centre de loisirs...)	24 %
Voisins, amis, ou autres...	8 %
Total	100 %

Source : enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants, 2002, DREES

Répartition du temps de garde moyen assuré par les différents intervenants pour les enfants gardés de nuit en semaine par des tiers

Grands-parents	70 %
Autres membres de la famille (hors frères et sœurs)	8 %
Frères et sœurs	8 %
Professionnels rémunérés (nourrice, assistant maternel)	10 %
Voisins, amis, ou autres...	4 %
Total	100 %

Source : enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants, 2002, DREES

Se pose la question du coût prévisionnel de cette mesure pour la branche famille et du nombre de familles potentiellement bénéficiaires. Selon le ministère chargé de la famille, ce coût serait de 25 millions d'euros, correspondant aux 91 200 enfants dont les parents pourraient être concernées par la majoration de 10 % du complément de libre choix du mode de garde.

Le rapporteur estime que, compte tenu du caractère largement restrictif des critères d'attribution de la majoration, peu de familles bénéficieront en réalité de cette mesure. Le coût du contrôle assumé par les caisses d'allocations familiales sera certainement plus élevé que l'ensemble des majorations versées aux ménages.

C. L'ASSOULISSEMENT DES CONDITIONS D'EXERCICE DE LA PROFESSION D'ASSISTANT MATERNEL

L'article 108 vise à augmenter l'offre de garde en assouplissant les conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel. Dans ce but, il prévoit d'une part, de porter de trois à quatre le nombre d'enfants que peut garder simultanément un assistant maternel et, d'autre part, d'autoriser, à titre

expérimental, le regroupement d'assistants maternels dans un local commun distinct de leur domicile.

1. Possibilité pour les assistants maternels de garder jusqu'à quatre enfants de moins de trois ans simultanément

La réglementation antérieure autorisait un assistant maternel agréé à garder simultanément un nombre maximal de trois enfants, dans la limite de six enfants en tout, sauf dérogation accordée par le conseil général. L'article L. 421-4 du code de l'action sociale et des familles, tel que modifié par le I de l'article 108, permet désormais à un assistant maternel de garder jusqu'à six enfants en tout et jusqu'à quatre enfants simultanément, ces enfants pouvant avoir moins de trois ans.

Par ailleurs, le conseil général peut, à titre dérogatoire et pour répondre à des besoins spécifiques, agréer un assistant maternel pour la garde simultanée de plus de quatre enfants, dans la limite de six enfants au total. Il faut toutefois que les conditions d'accueil le permettent.

Pour mémoire, en 2006, selon l'enquête PMI de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), on recensait plus de 400 000 assistants maternels agréés en France métropolitaine, offrant une capacité théorique d'accueil de 1 050 000 places (y compris les assistants maternels employés par des crèches familiales). Cependant, la capacité réelle d'accueil est moindre, du fait d'une part des conditions d'agrément et de l'autre du taux d'activité des assistants maternels.

Selon cette enquête, les assistants maternels agréés sont autorisés à accueillir en moyenne 2,6 enfants, sachant que le nombre de places varie d'un département à l'autre. Le nombre de places faisant l'objet d'un agrément par les conseils généraux est inférieur à 2,3 enfants dans 18 départements et supérieur à 2,9 dans 14 départements, ce qui correspond en moyenne au nombre d'employeurs des assistants maternels.

Par ailleurs, 270 000 assistants maternels sont en exercice, et assurent l'accueil de près de 706 000 enfants, tandis que 265 000 enfants sont gardés en crèche ou halte garderie et 63 000 en crèches familiales. Ainsi, on compte en moyenne près de 13 assistants maternels pour 100 enfants de moins de 3 ans non gardés en crèche. Cette moyenne recouvre des situations très contrastées : ainsi 21 départements en 2005 ont moins de 10 assistants maternels pour 100 enfants, et 35 départements ont 16 assistants pour 100 enfants. Les régions sous-dotées sont principalement l'Île de France, le sud-ouest, la région méditerranéenne et le Nord-Pas-de-Calais.

D'après les estimations du ministère en charge de la famille, l'assouplissement des conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel

permettrait de dégager 10 000 offres de garde individuelle supplémentaires. Au total, 3 % des assistants maternels seraient concernées.

Cependant, au regard des chiffres précédemment exposés, il est peu vraisemblable que l'assouplissement des conditions d'exercice des assistants maternels ait un effet mathématique immédiat sur l'offre de places.

En effet, il est probable que peu d'assistants maternels bénéficieront d'emblée d'un agrément pour 4 enfants. L'Institut de retraite complémentaire des employés de maison (IRCEM) dénombre 51 % des assistants maternels ayant 3 employeurs ou plus et 38 % gardant à leur domicile au moins 3 enfants, sachant que certains assistants peuvent travailler à temps partiel ou garder plusieurs enfants d'une même famille. Selon une récente étude de la CNAF, le nombre moyen d'enfants accueillis par un assistant maternel est supérieur à 3 (entre 3,1 et 3,4) dans seulement dans 12 départements, principalement dans l'Ouest de la France. Le nombre moyen d'enfants accueillis est de 2,7 par assistant maternel en activité en 2007. Cependant, aucune étude ne précise combien d'assistants maternels sont aujourd'hui agréées pour 3 enfants et seraient susceptibles de voir leur agrément étendu pour 4 enfants.

Le **I** de l'article 108 est d'application directe. Toutefois, le rapporteur estime qu'un grand nombre d'incertitudes pèsent sur la mise en œuvre de cette réforme et mériteraient un éclaircissement.

Tout d'abord, si le rapporteur juge utile, en certaines circonstances, de porter à quatre le nombre d'enfants pouvant être gardés simultanément, il estime cependant peu opportun de permettre la garde simultanée de quatre enfants de moins de trois ans, *a fortiori* d'enfants qui ne marchent pas. Par conséquent, il conviendrait que l'agrément des assistants maternels délivré par le conseil général précise l'âge des enfants pouvant être gardés simultanément lorsqu'ils sont au nombre de quatre. Il pourrait également être judicieux de prévoir qu'en cas de garde simultanée de quatre enfants, le taux d'encadrement soit au moins égal à une assistante pour deux enfants ne marchant pas.

Par ailleurs, les conditions d'attribution de dérogations par le conseil général devraient être précisées au regard des normes relatives aux conditions d'accueil. En effet, les contraintes de logement pourraient limiter les effets attendus de l'assouplissement des conditions de garde. À ce titre, le rapporteur considère que des impératifs budgétaires ne peuvent en aucun cas primer sur la qualité d'accueil des jeunes enfants et leur sécurité.

2. Regroupements d'assistants maternels au sein d'un local en dehors du domicile

Le **II** de l'article 108 autorise le regroupement d'assistants maternels au sein d'un local en dehors de leur domicile.

Il faut noter que cette possibilité est accordée à titre dérogatoire. En effet l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles précise que « *l'assistant maternel est la personne qui, moyennant rémunération, accueille habituellement et de façon non permanente des mineurs à son domicile* ».

Elle est de plus encadrée par un certain nombre de conditions visant à garantir la qualité de l'accueil et à préserver la liberté d'exercice des assistants maternels :

– il est prévu que le local peut réunir au maximum quatre assistants maternels ;

– de plus l'accueil hors du domicile est permis sous réserve d'une part que les assistants maternels signent une convention avec la caisse d'allocations familiales et le président du conseil général et de l'autre que le local garantisse la sécurité et la santé des mineurs ;

– il est précisé que la convention ne comprend aucune stipulation relative à la rémunération des assistants maternels. Les parents paieront ainsi le même tarif que si l'assistante exerçait à domicile et percevront la prestation d'accueil du jeune enfant ;

– enfin, le troisième alinéa du II précise que les dispositions de l'article 80 *sexies* ⁽¹⁾ du code général des impôts, prévoyant un mécanisme spécifique de calcul du revenu imposable, est applicable à ces assistants maternels, même si formellement ils n'exercent pas à leur domicile.

Le rapporteur estime que les regroupements sont de nature à répondre aux aspirations des assistants maternels, dont beaucoup souffrent d'un relatif isolement dans l'exercice de leur métier⁽²⁾, aux besoins des collectivités locales qui n'ont pas toujours les moyens de financer un accueil collectif et aux demandes des parents, particulièrement ceux dont les horaires atypiques nécessitent un mode de garde souple.

D'après les informations communiquées au rapporteur, la publication d'un modèle de convention type entre les assistants maternels, la caisse d'allocations familiales et le conseil général, visant à préciser les modalités de regroupement des assistants maternels, serait imminente. Le rapporteur ne peut que le souhaiter tant il est vrai qu'un certain nombre d'aspects techniques et juridiques, soulevés

(1) Le revenu imposable est calculé en soustrayant du total des salaires et des indemnités d'entretien une somme forfaitaire représentative des frais engagés dans l'intérêt de l'enfant – Art 80 *sexies* du CGI : Pour l'assiette de l'impôt sur le revenu dont sont redevables les assistants maternels et les assistants familiaux régis par les articles L. 421-1 et suivants et L. 423-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles, le revenu brut à retenir est égal à la différence entre, d'une part, le total des sommes versées tant à titre de rémunération que d'indemnités pour l'entretien et l'hébergement des enfants et, d'autre part, une somme égale à trois fois le montant horaire du salaire minimum de croissance, par jour et pour chacun des enfants qui leur sont confiés.

(2) DREES, *Études et résultats* n° 636 « Le métier d'assistant maternel », E. David-Alberola, mai 2008.

lors de la discussion du projet de loi de financement, doivent être clarifiés au plus vite.

Tout d'abord, l'article 108 dispose que le local ne pourra accueillir plus de quatre assistants maternels. En revanche, le nombre d'enfants pouvant être accueillis simultanément n'est pas précisé. La question s'est posée de savoir si l'option retenue serait l'alignement sur le taux d'encadrement des micro-crèches (article R. 2324-47 du code de la santé publique), à savoir une personne pour neuf enfants, étant par ailleurs précisé que les micro-crèches dérogent à l'obligation de désignation d'un directeur et aux exigences relatives à la qualification des personnes chargées de l'encadrement des enfants.

Par ailleurs, les parents n'ayant de lien juridique qu'avec l'assistant qu'ils emploient, il convient de s'assurer que les conventions signées entre la caisse, les assistants maternels et le président du conseil général précisent certains points. Ainsi, les conventions devront prévoir les modalités de remplacement d'un assistant en cas d'absence, de même qu'il faudra préciser que les parents ne pourront adresser de réclamations au regroupement d'assistants. La convention collective des assistants maternels du particulier employeur du 1^{er} juillet 2004 ⁽¹⁾ devra certainement faire l'objet d'une révision afin de tenir compte de l'existence des regroupements.

Il paraît également impossible qu'un regroupement puisse s'organiser sans qu'un suivi technique et pédagogique soit confié à un référent compétent. Ainsi en Mayenne, où le dispositif est expérimenté depuis 2005, la directrice de la caisse d'allocations familiales et le médecin chef de la protection maternelle et infantile (PMI) appellent de leurs vœux une supervision des regroupements, tout en estimant que cette responsabilité ne peut être confiée à la PMI, dans la mesure où celle-ci serait alors « juge et partie ». Il est essentiel que la convention prévienne de confier la coordination à un relais d'assistants maternels ou à un travailleur social de la collectivité territoriale. Un référent au sein du regroupement pourrait également être nommé, bien que cela n'implique aucune hiérarchie entre les assistants, afin de jouer le rôle d'interlocuteur auprès de la commune ou de la caisse d'allocations familiales.

En outre, se pose la question de la responsabilité juridique des collectivités territoriales et de leur participation au financement de ces structures. En effet d'une part les maires se montrent inquiets de leur responsabilité. Il est donc crucial de définir des règles relatives à l'obligation d'assurance individuelle des professionnels pour circonscrire le champ de la responsabilité de la personne morale qui met à disposition le local. D'autre part, il est essentiel de clarifier les modalités de financement des regroupements. En l'absence de règles précises sur la part assumée par la caisse d'allocations familiales et les collectivités, ce sont aujourd'hui les communes qui le plus souvent mettent gratuitement à disposition

(1) *Convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur du 1^{er} juillet 2004. Étendue par arrêté du 17 décembre 2004 JORF 28 décembre 2004.*

un local et assument seules le coût des travaux d'aménagement. Contrairement aux établissements d'accueil des jeunes enfants, les regroupements d'assistants maternels ne bénéficient aujourd'hui d'aucun crédit d'investissement de la caisse d'allocations familiales, au motif que la possibilité pour les assistants de quitter la structure à tout moment rend difficile l'engagement de fonds publics.

Un projet de modèle-type de convention, qui serait signée pour trois ans par la caisse d'allocations familiales, les assistants maternels et le conseil général, a été communiqué au rapporteur. Il répond en partie aux interrogations précédemment exposées.

Tout d'abord, concernant le taux d'encadrement, il est prévu que le local ne pourra accueillir un nombre d'enfants supérieur à celui qui est prévu par l'agrément de chaque assistant maternel, soit au maximum 16 enfants par regroupement. Si le nombre d'enfant s'avère supérieur à ce chiffre, le conseil général ou la caisse d'allocations familiales dispose de la faculté de résilier la convention sans préavis. Le rapporteur regrette toutefois que ne soit pas précisé que les assistants maternels devront exercer simultanément, afin de garantir un taux d'encadrement suffisant.

En cas de cessation d'activité d'un assistant maternel, pour quelque raison que ce soit, les parties à la convention devront autoriser, par voie d'avenant, un autre assistant maternel à travailler dans le local, dès lors que le nombre total d'assistants maternels reste égal ou inférieur à quatre. L'avenant précisera les dates d'exercice de cet autre assistant maternel.

La convention-type précise, par ailleurs, les conditions de travail et la responsabilité des assistants maternels. Ces derniers continueront de signer des contrats individuels avec les parents employeurs et s'engageront à ne pas déléguer à un autre assistant l'accueil des enfants. Il faut noter sur ce point, que les parents pourront avoir deux contrats de travail à signer, dans les cas où deux assistants maternels garderont leurs enfants dans la journée. Par ailleurs, la convention-type mentionne explicitement la responsabilité des assistants maternels dans la gestion et l'assurance du local d'accueil. Ainsi, les assistants devront déclarer être assurés pour toutes les conséquences dommageables des actes causés de leur fait, du fait des enfants accueillis, ainsi que de toute personne susceptible d'entrer dans le local à la leur demande. Si le local présente des défauts de garantie en matière de sécurité, le conseil général ou la caisse peuvent résilier la convention. Un règlement de fonctionnement, annexé à chaque contrat de travail signé par les assistants maternels, garantira la qualité de l'accueil des enfants au sein du regroupement. On voit donc que le choix de se regrouper sera aussi synonyme de lourdes responsabilités pour les assistants maternels.

Enfin, il est fort regrettable de n'avoir prévu aucun référent parmi les assistants maternels, ni au sein du conseil général ou des relais assistantes maternelles (RAM). D'après les informations recueillies par le rapporteur, en cas de litige entre les parents et un assistant maternel, l'existence d'un référent aurait

pu entraîner la requalification du contrat par le juge et entraîner la perte des avantages fiscaux et sociaux dont bénéficient les assistants maternels. En revanche, les assistants maternels pourront créer une association ou une société civile immobilière propriétaire ou locataire du local, étant précisé que cette association ou société civile immobilière ne pourra se prévaloir d'aucun droit, ni engager la responsabilité ou exercer un recours à l'encontre du conseil général et de la caisse d'allocations familiales, ni s'immiscer dans les relations conventionnelles entre la caisse d'allocations familiales, le conseil général et les assistants maternels.

La convention-type fixe également les engagements du conseil général. Celui-ci doit recueillir l'avis de la commune sur laquelle est implanté le local avant de signer la convention. Il doit veiller en outre à ce que les conditions d'accueil garantissent la santé et la sécurité des enfants accueillis et prévenir les parties en cas de rupture de la convention.

Concernant enfin la caisse d'allocations familiales, la convention-type prévoit qu'elle devra d'une part assurer le versement de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) aux parents qui confient leur enfant à un regroupement d'assistants maternels et d'autre part inscrire, à la demande des assistants maternels exerçant en dehors de leurs domiciles, sur le site internet « *mon-enfant.fr* », leurs coordonnées et le descriptif général de fonctionnement du local. Il n'est prévu aucune participation de la caisse d'allocations familiales aux frais d'investissement et de fonctionnement dans les locaux du regroupement.

Il faut noter que la convention-type exclut toute responsabilité de la caisse d'allocations familiales ou du conseil général en cas de dommages causés dans le cadre des missions des assistants maternels. En revanche, la responsabilité du conseil général pourra être engagée si le local ne garantit ni la santé ni la sécurité des mineurs accueillis.

Le rapporteur considère enfin que le président du conseil général devrait transmettre une copie des conventions signées avec la caisse d'allocations familiales et les assistants maternels au ministère chargé de la famille, afin de permettre à celui-ci d'assurer le suivi, l'évaluation de cette nouvelle disposition. Le rapporteur note d'ailleurs avec regret qu'aucune évaluation des regroupements d'assistants maternels n'a pu lui être communiquée, alors même que ce dispositif est expérimenté sur treize sites dans la Mayenne, l'Orne et en Rhône-Alpes, depuis 2005 pour certains.

3. Étude d'impact sur la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE)

Le **III** de l'**article 108** prévoit la remise au Parlement d'une étude d'impact de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Selon le ministère chargé de la famille, ce rapport serait en cours de rédaction.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITION DU PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES

La séance est ouverte à onze heures.

*(Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président de la Commission,
puis de M. Jean-Pierre Door, secrétaire de la Commission)*

La Commission des affaires sociales entend M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre, et M. Jean-Philippe Vachia, conseiller maître, sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale (exercice 2008).

M. le président Pierre Méhaignerie. Monsieur le Premier président, vous allez nous entretenir d'un sujet brûlant qui nous conduira, au cours des six prochains mois, à débattre et à trancher, notamment lors des prochains débats sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes. Je vous remercie de m'avoir invité, avec Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre, et M. Jean-Philippe Vachia, conseiller maître et rapporteur général sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale, à vous présenter les opinions émises par la Cour dans son rapport sur la certification des comptes du régime général de sécurité sociale. Conformément à la loi organique de 2005, le rapport a été publié le 30 juin dernier, suivant ainsi de quelques semaines la publication de l'acte de certification des comptes de l'État.

Avant de vous présenter nos positions sur les comptes 2008, je crois utile de vous dire quelques mots sur le sens de l'exercice de certification. Je vous parlerai enfin des questions de trésorerie et de financement de la sécurité sociale.

La certification consiste à donner l'assurance raisonnable que les états financiers, en l'occurrence ceux du régime général, ne comportent pas d'anomalies significatives. Pour ce faire, la Cour a apprécié les risques et l'évaluation des dispositifs de contrôle mis en place pour s'assurer que l'information financière est régulière, que les comptes sont sincères et qu'ils donnent une image fidèle du patrimoine et de la situation financière des différentes branches du régime général.

En d'autres termes, la certification des comptes apporte une garantie sur la fiabilité de la situation financière et patrimoniale du régime général et une information sincère sur le montant du déficit, mais elle ne dit pas ce qu'il y a derrière les chiffres. Il ne faut donc pas en attendre plus qu'elle ne peut apporter – mais je suis convaincu de l'utilité de l'exercice.

Parce qu'elle nous conduit à analyser systématiquement les procédures de contrôle du régime général et à en évaluer l'efficacité, la certification a aussi pour intérêt d'amener les caisses de sécurité sociale à prendre conscience des risques que génère leur activité – risques d'erreurs de liquidation ou risques de fraudes aux prestations et aux cotisations par exemple. La dynamique créée par la certification a contribué à accélérer la mise en place de dispositifs de contrôle interne efficaces. Ainsi, c'est dans le cadre des contrôles liés à la certification que la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV) a repéré, il y a quelques mois, une erreur systématique liée aux informations envoyées par l'Unédic sur les périodes de chômage assimilées à des trimestres de cotisations retraite et qui concerne des millions de retraités. La certification peut donc être un moteur puissant de développement du contrôle interne et, par là même, d'une meilleure maîtrise des finances sociales et de la qualité du service rendu aux assurés.

C'est la troisième fois que nous procédons à la certification des comptes du régime général, et cette année achève donc pour nous un premier cycle triennal. Comme nous l'avons dit à l'occasion de notre rapport sur les comptes de 2006, nous avons, en effet, décidé d'adopter une approche pluriannuelle qui nous a conduit à déployer sur trois ans la révision des principaux processus et opérations conduisant à la production des comptes, ainsi que la réalisation d'un audit complet des systèmes d'information. L'achèvement de ce cycle nous permet d'avoir une vision globale des principaux dispositifs participant à l'établissement des comptes. Cela ne signifie pas, tant s'en faut, qu'il n'y ait plus rien à faire. D'une part, il nous faudra examiner les suites données à nos opinions quand elles ne sont pas sans réserves, ce qui est le cas. D'autre part, la sécurité sociale est un domaine mouvant et, étant donné les risques qu'elles comportent, les mesures nouvelles et les évolutions des systèmes d'information requièrent une attention soutenue.

Les comptes des autres régimes de sécurité sociale ont été soumis pour la première fois cette année à une certification par des commissaires aux comptes. Étant donné les relations financières complexes entre le régime général et les autres régimes, la Cour a défini avec leurs commissaires aux comptes un cadre contractuel d'échanges d'informations. La Cour a aussi pris en compte les opinions de ces commissaires aux comptes – et notamment le refus de certification des comptes de la Mutualité sociale agricole (MSA) –, dans l'élaboration de ses propres positions.

C'est ainsi que la Cour a arrêté ses positions pour 2008. Avant de les détailler, je voudrais apporter un éclaircissement sur nos critères d'appréciation.

La décision prise par la Cour – certifier avec des réserves ou sans réserves, ou ne pas certifier, soit par refus soit par impossibilité – est fondée sur un faisceau de critères qui vont bien au-delà du simple constat d'un pourcentage d'anomalies comparé à un plafond à ne pas dépasser, fixé *a priori*. Par ailleurs, il appartient au seul certificateur de fixer ce seuil car il doit se réserver la marge d'appréciation que requiert l'exercice de son jugement professionnel, élaboré, je l'ai dit, à partir

d'un ensemble d'éléments dont certains sont quantifiés et d'autres ne le sont pas, soit parce qu'ils ne peuvent pas l'être, soit faute d'éléments suffisants.

Nos positions sont donc fondées, quand elles sont négatives, sur la conjonction de nombreux problèmes comptables et de contrôle interne.

J'en viens aux neuf opinions de la Cour relatives aux cinq branches – maladie, accidents du travail, famille, retraite, recouvrement – et aux quatre caisses nationales – Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM), Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV) et Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Cette année, la Cour a refusé de certifier les comptes de la branche famille – et, logiquement, ceux de la CNAF –, ainsi que les comptes de la branche vieillesse et ceux de la CNAV. Elle certifie avec réserves les autres comptes. Ces positions appellent de ma part quelques précisions.

Concernant la branche famille et la CNAF, la Cour n'avait pas été en mesure d'émettre une opinion sur les comptes 2006 et 2007 en raison de trop grandes incertitudes sur le contrôle interne. Cette année, en collaboration avec l'agence comptable de la caisse nationale, nous avons pu évaluer beaucoup plus précisément les défaillances du contrôle interne et cette analyse nous conduit à refuser de certifier les comptes. En effet, le dispositif de contrôle interne souffre, en lui-même, de graves insuffisances qui ne lui permettent pas de maîtriser les risques de fraudes ou d'erreurs de calcul. Ainsi, a-t-on pu constater que plus de 4 % des dossiers d'allocations familiales présentaient une anomalie financière, pour un montant en valeur absolue significatif. Par ailleurs, nous avons observé d'importantes sous-estimations des provisions et des charges à payer enregistrées au moment de l'inventaire ; à la suite de nos observations, des corrections ont été apportées mais elles restent insuffisantes. Enfin, comme l'an dernier, le suivi comptable des flux liés à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) n'est toujours pas fiable.

Tout, cependant, n'est pas négatif concernant la branche famille. Un fichier national des allocataires – le « répertoire national des bénéficiaires » – que nous appelions de nos vœux depuis plusieurs années est en cours de déploiement. Les caisses d'allocations familiales (CAF) ont par ailleurs une connaissance un peu plus sûre des ressources des allocataires, données qu'elles obtiennent désormais directement auprès de l'administration fiscale. Mais, cette réforme ne produira ses effets que sur les comptes de 2009. Enfin, la CNAF a prévu de revoir complètement son dispositif d'analyse des risques de contrôle interne en 2009. Ces progrès sont d'autant plus indispensables qu'avec l'entrée en vigueur du Revenu de solidarité active (RSA), la branche est confrontée à un défi de grande ampleur. Il existe donc un espoir de progrès mais, pour les comptes de 2008, la Cour ne pouvait pas ne pas prendre la position que j'ai dite.

Nous avons aussi refusé de certifier cette année les comptes de la branche retraite et de la CNAV. L'an dernier, la Cour avait certifié ces comptes avec réserves. Notre réserve principale portait sur le caractère potentiellement significatif des erreurs affectant le calcul des pensions de retraite. Les travaux d'audit que nous avons menés depuis lors, avec le concours de la CNAV, nous ont permis de constater que ces erreurs étaient effectivement significatives, et nous en avons relevé un très grand nombre dans les pensions de retraite, pour un montant cumulé trop élevé. D'une part, il existe des erreurs dans la liquidation des pensions par la branche : plus de 5,4 % des pensions de retraite calculées en 2008 présentaient une anomalie financière, ce qui représente des montants importants en valeur absolue. Ces erreurs sont liées à des lacunes du contrôle interne, qui doit être resserré.

D'autre part, à ces erreurs internes s'ajoutent des défaillances dans le flux d'informations provenant des employeurs et des organismes sociaux. Ce problème est à l'origine d'un taux d'erreurs important au détriment de la branche. En 2007, la Cour avait recommandé à la CNAV de formaliser dans une convention avec l'Unédic les modalités de calcul des données adressées par cet organisme, qui n'étaient fixées par aucun document. La caisse nationale a ainsi découvert, en novembre 2007, que le nombre de « périodes assimilées » notifié au titre du versement d'indemnités de chômage était majoré à tort, depuis 1992 au moins. Cette erreur systématique ne résulte pas d'un « bug » informatique, comme on l'a lu dans la presse, mais d'un manque d'attention porté à la nature et à la qualité des données adressées par les organismes sociaux. En 2008, ces anomalies se sont cumulées avec celles que l'on connaissait déjà et dont je viens de parler.

Nous avons également constaté qu'il n'est pas fait de rapprochement entre le montant des salaires déclarés par les employeurs – qui sert notamment à alimenter en trimestres les comptes individuels des assurés – et le montant des salaires sur la base desquels ils versent leurs cotisations. Il en résulte que des cotisations payées peuvent ne pas ouvrir de droits à la retraite et que des droits peuvent être ouverts sans que les cotisations correspondantes aient été payées. Là encore, on peut espérer des progrès en 2009 puisque, grâce aux efforts conduits en matière de contrôle interne, la CNAV connaît mieux les risques encourus. Plusieurs mesures, dont nous attendons beaucoup, prendront effet cette année ; elles devraient lui permettre d'agir sur les causes de ces erreurs dans le montant des pensions.

J'en viens à l'ACOSS et au recouvrement. L'an dernier, nous avons refusé de certifier ses comptes en raison d'un désaccord sur un montant de 980 millions d'euros qui minorait d'autant le déficit affiché par le régime général. Le désaccord a été levé cette année. Tous les problèmes relevés par la Cour pour les comptes de 2007 ont fait l'objet d'un plan d'action de la part de l'agence. Des progrès sont néanmoins encore possibles et nous formulons plusieurs réserves qui concernent, comme pour la branche famille, les écritures d'inventaire et l'insuffisance des provisions pour contentieux notamment.

Par ailleurs, la mise en place de l'interlocuteur social unique a constitué un défi majeur pour le recouvrement en 2008. Comme vous le savez, depuis le 1^{er} janvier 2008, les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) recouvrent toutes les cotisations des artisans et commerçants pour le compte du Régime social des indépendants (RSI). La montée en puissance de ce dispositif a entraîné des difficultés de gestion importantes. Les conséquences financières de certains dysfonctionnements ont pu être chiffrées et intégrées dans les comptes. La Cour a été amenée à formuler une réserve générale pour les autres, telles les pertes de recettes liées à l'absence de recouvrement forcé des cotisations ou aux difficultés de rapprochement des fichiers de cotisants.

Enfin, comme nous l'avons fait l'an dernier, nous certifions la CNAM, la branche maladie et la branche accidents du travail et maladies professionnelles avec réserves. Des progrès notables ont été réalisés depuis 2006 dans la performance du dispositif de contrôle interne des branches et de la caisse nationale, mais nous avons relevé des lacunes, qui concernent par exemple les provisions relatives aux paiements aux hôpitaux, les flux d'informations avec les mutuelles ou les règlements aux établissements sociaux et médico-sociaux.

Les opinions que nous émettons cette année pourront vous paraître traduire une exigence de plus en plus forte de la Cour. Cette exigence, justifiée par une connaissance plus complète des branches, est fondée sur notre capacité à chiffrer les conséquences des insuffisances des contrôles – en d'autres termes, nos incertitudes se sont muées en certitudes quantifiables. En outre, les engagements de progrès pris par les branches sont inégalement mis en œuvre, en raison de la lourdeur et de la complexité de leurs systèmes d'information.

Pour autant, nous avons constaté cette année de nombreux progrès, qui nous confortent dans la conviction que la certification a permis d'engager une démarche salubre d'amélioration du contrôle interne comptable et financier et de rationalisation des processus. Nous souhaitons vivement que cette dynamique se poursuive et s'accélère.

Pour conclure, j'évoquerai le déficit et le besoin de financement qu'il engendre.

Notre rapport de certification confirme la fiabilité des chiffres pour 2008. Or, ces chiffres sont très préoccupants. À cet égard, les modalités retenues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 pour la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) de 26,8 milliards de déficits cumulés – à savoir l'affectation d'une fraction de CSG retirée au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) – n'étaient pas une bonne solution, puisqu'il était évident que le FSV allait lui-même se trouver en déficit dès 2009. Je rappelle que, depuis sa création en 1996, la CADES a repris 134,5 milliards de dettes, dont 37,5 milliards avaient été amortis à la fin 2008.

La question des déficits et de leur financement est abordée dans notre rapport du 22 juin dernier sur la situation et les perspectives des finances publiques, que j'ai eu l'occasion de commenter devant vous il y a peu. Nous y reviendrons dans notre rapport de septembre sur la sécurité sociale mais aussi dans la communication que nous allons vous envoyer pour répondre à la demande d'enquête sur la gestion de la trésorerie de la sécurité sociale que vous m'avez adressée, Monsieur le Président, conjointement avec M. Didier Migaud.

Ces dernières années, la Cour a constamment recommandé de réduire le déficit structurel, qui se maintenait aux alentours de 10 milliards d'euros alors que les recettes étaient plus dynamiques. Le choix affiché d'un retour, que je qualifierai de très progressif à l'équilibre des comptes du régime général, conduit à générer une dette de plus en plus lourde qu'il faut bien financer par un supplément de recettes affectées à la CADES. Certes, on limite ainsi à court terme l'augmentation des prélèvements obligatoires mais, ce faisant, on ne la rend que plus inévitable et importante à plus ou moins long terme. C'est un peu comme une boule de neige que l'on fait grossir en la poussant devant soi.

Le régime général aborde ainsi la crise avec un handicap certain. Le montant du déficit prévisionnel pour 2009 présenté à la commission des comptes de la sécurité sociale est de 20,1 milliards d'euros, hors FSV. En phase avec l'estimation de la Cour, il représente un doublement du déficit structurel de 10 milliards qui ressort en 2008, et un peu moins de 7 % des recettes. Son financement va poser un problème dès 2009, puisque le plafond d'avances de trésorerie fixé à 18,9 milliards pour l'ACOSS au-delà du premier trimestre sera dépassé dès cet automne. Le ministre du budget a annoncé que le Gouvernement relèverait le plafond pour 2009 par décret. En 2010, si aucune autre mesure n'est prise, ce plafond risque d'être très élevé.

Cette situation comporte deux risques, dont le premier est celui de la remontée des taux. L'ACOSS bénéficie actuellement de taux courts très bas, mais cette situation pourrait durer moins longtemps que le portage de déficits croissants. Ensuite, le risque de financement proprement dit n'est pas négligeable, la Caisse des dépôts et consignations ayant annoncé qu'elle limiterait ses concours en deçà du plafond, ce qui contraindra l'ACOSS à émettre des billets de trésorerie, dont le marché est relativement restreint.

Nous reviendrons sur les problèmes de financement dans le rapport sur la sécurité sociale de septembre mais je tenais à rappeler la gravité de la situation.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je vous remercie, Monsieur le Premier président, de nous alerter sur l'enjeu que représentent les dépenses sociales et la juste mesure du déficit, ainsi que sur les risques que le poids du déficit peut faire courir à notre pays. Étant donné la situation décrite, la commission des affaires sociales doit être une force de proposition. Permettez-moi de reprendre les observations qui figurent dans deux rapports. Les premières sont celles du Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale (CERC), que

préside M. Jacques Delors, et selon lesquelles l'évolution des dépenses sociales, nettement supérieures en France à ce qu'elles sont chez nos voisins, s'est faite au détriment des salaires directs et des investissements d'avenir des entreprises. Les secondes sont le fait de M. Jérôme Vignon, directeur à la Commission européenne et par ailleurs président des Semaines sociales de France, qui rappelle que si la France est en tête de l'ancienne Europe des Quinze pour ce qui concerne les dépenses sociales, les résultats qu'elle obtient ne sont pas à la hauteur de la dépense consentie. La commission des affaires sociales doit donc être au cœur de la recherche de la performance sociale de la dépense publique. Un travail immense, que la Cour des comptes nous aidera à mener à bien, nous attend au cours des deux ans qui viennent ; s'il n'a pas lieu, les dérapages risquent d'être insurmontables.

M. Yves Bur, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour les recettes et l'équilibre général. On constate, année après année, que la certification des comptes de la sécurité sociale est source de progrès dans la gestion des branches ; c'est dire tout l'intérêt de cette innovation imposée par le Parlement. Je me félicite par ailleurs que le solde des comptes, et donc le montant des déficits, ne prête plus à contestation. J'observe, enfin, qu'une grande partie des réserves de la Cour porte sur la justification de dépenses, dont il n'est pas certain qu'elles bénéficient à qui elles devraient.

Plus spécifiquement, s'agissant de l'ACOSS, j'aimerais savoir comment a été réglée la question de la comptabilisation des acomptes de CSG sur les revenus de placement qui avait été à l'origine du refus de certification des comptes en 2007. On constate, d'autre part, que le refus de certification des comptes des branches famille et vieillesse est dû à la défaillance du contrôle interne. Comment ces deux branches peuvent-elles améliorer leurs procédures de contrôle ? Des moyens doivent-ils être mobilisés pour cela, ou la Cour considère-t-elle que, plutôt que d'un manque de moyens, il s'agit d'un manque d'attention ? On peut aussi s'interroger, comme vous l'avez fait, sur la complexité des règles, complexité qui entraîne des erreurs dont le montant cumulé est loin d'être anecdotique. Je ne suis pas sûr que le répertoire national des bénéficiaires suffira à mettre fin à ces errements.

Pour ce qui est particulièrement de la branche maladie, j'observe que la fiabilité des données émanant des mutuelles suscite une réserve de la Cour. Comment pourrait-on améliorer le contrôle de la CNAM sur les mutuelles ? Le temps n'est-il pas venu de s'interroger sur la pertinence du maintien de la très coûteuse délégation de gestion aux mutuelles, puisque les progrès informatiques permettraient à l'assurance maladie de gérer ces dossiers elle-même ? Enfin, je considère que le déficit prévisible de la branche vieillesse n'est pas de 20 milliards d'euros mais de 22 milliards étant donné le déficit prévisible du FSV qui devrait selon moi être ajouté au déficit de la branche. Comment procéder pour qu'il en soit ainsi ?

M. le Premier président. Il est difficilement contestable que la certification des comptes des organismes de sécurité sociale est source de progrès et je suis reconnaissant à M. Bur de nous en donner acte. Je me réjouis, comme lui, que le solde des comptes ne prête plus à contestation. J'insiste enfin sur le fait que le troisième exercice de certification auquel nous avons procédé s'est déroulé dans des conditions satisfaisantes.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes. Les comptes de l'activité de recouvrement pour l'année 2007 n'avaient pu être certifiés, notamment en raison du rattachement à cet exercice d'acomptes de CSG sur les revenus de placement versés en 2007 mais se rattachant à 2008, car versés d'avance. Depuis lors, un travail de grande ampleur a été réalisé, sous l'égide du Haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, pour identifier le montant des contributions sociales dues au titre de l'exercice 2008, mais portées aux comptes des épargnants en janvier 2009. Toutefois, le partage initialement opéré n'a pas été jugé satisfaisant par la Cour, qui a fait procéder à des corrections. La rigueur s'impose et la vigilance est nécessaire mais, déjà, un travail de fond a été réalisé.

Pour ce qui concerne le contrôle interne au sein des branches famille et vieillesse, une longue prise de conscience a été nécessaire, car l'analyse des risques était insuffisante. Nous l'avons constaté lors des tests de reliquidation : ils ont montré que la moitié des erreurs était détectée hors d'un système de contrôle, qui avait tout d'une passoire. L'analyse des risques devait donc être revue ; les branches s'y livrent avec une grande bonne volonté, en ayant recours à l'aide d'une société spécialisée. Le contrôle interne de la branche vieillesse montrait de graves insuffisances, dont les responsables ont été prévenus il y a deux ans ; mais la prise de conscience a été lente et toute l'ampleur du problème n'a été révélée que cette année pour la prise en compte des « périodes assimilées » au titre de l'Unédic ou au titre des périodes de maladie. Cette situation s'explique par le fait qu'aucun texte réglementaire n'organise les transferts de données des organismes sociaux à la CNAV. La branche commence à prévoir des notifications de date à date et non plus un nombre de trimestres validés.

La complexité des règles est réelle, la Cour le souligne. Les caisses sont en effet soumises à des réformes extrêmement fréquentes, ce qui rend difficile la validation des modifications de leur système d'information. Cela peut expliquer un certain manque de recul dans la définition des contrôles nécessaires ; en réalité, les caisses courent après les événements.

Pour ce qui concerne la fiabilité des données transmises par les mutuelles, des progrès sont déjà constatés avec les principales d'entre elles, mais des zones d'ombre subsistent pour les plus petits organismes. Cela étant, toutes les mutuelles ont des commissaires aux comptes. Le problème de fond a été traité dans un précédent rapport de la Cour consacré à la sécurité sociale, dans lequel nous avons mis en doute la pertinence du maintien de la gestion déléguée aux mutuelles, soixante années après qu'elle a été instituée.

Pour modifier le périmètre du FSV, il n'est pas besoin d'une loi organique ; un texte réglementaire suffirait pour intégrer le fonds dans le périmètre de la branche vieillesse mais le Gouvernement s'y oppose.

M. Jean-Philippe Vachia, conseiller maître, rapporteur général sur la certification des comptes des organismes de la sécurité sociale. Je reviens un instant sur l'imputation des acomptes de CSG sur les revenus de placement pour dire que la question de principe est réglée, les normes comptables étant désormais respectées, ce qui est satisfaisant. Quelques problèmes d'exécution demeurent.

Pour ce qui concerne le FSV, notre observation vise à faire état du déficit et de la situation nette de cet établissement public, qui doit être réintégré dans la branche vieillesse si l'on veut une image exacte de la situation. J'observe que dans le rapport sur les comptes de la sécurité sociale, il y a une ligne « FSV » ; l'information comptable doit correspondre à l'information économique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Force est de constater que le rapport de la Cour, avec ses multiples réserves et refus de certification, est quelque peu négatif. Vous avez évoqué la performance du contrôle ; à cet égard, est-il utile de maintenir un réseau pléthorique de caisses primaires et régionales d'assurance maladie ? Une évolution de ce dispositif ne serait-elle pas de nature à faciliter la gestion et donc le contrôle ?

L'instauration de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital devait s'accompagner d'une convergence intersectorielle à une date que l'on semble, une nouvelle fois, vouloir reporter. Ces reports successifs signifient-ils un abandon de fait ?

M. Denis Jacquat, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance vieillesse. Il est étonnant que les erreurs pointées par la Cour puissent avoir persisté depuis 1992. Il faut dire que si j'ai entendu bien des fois des plaintes au sujet de pensions qui seraient inférieures de 10 à 12 euros à ce qu'elles devraient être, jamais personne n'est venu me rapporter l'existence d'un trop-perçu ! Les erreurs constatées sont-elles seulement humaines, ou y a-t-il aussi des erreurs techniques ?

Mme Marisol Touraine. Nous pensons tous que la certification des comptes des organismes de sécurité sociale est une procédure utile qui porte des fruits, et nous nous en réjouissons. Nous considérons aussi que la performance sociale des dépenses doit être améliorée ; mais cette affirmation ne permet pas de dire quel type de dépense devrait être supprimé, ni quelle dépense devrait être diminuée.

Vous avez regretté, Monsieur le Premier président, une gestion trop progressive du déficit des organismes de sécurité sociale, et vous avez indiqué que cette situation aurait pour résultat une hausse plus rude des prélèvements obligatoires. Signifiez-vous ainsi que la hausse des prélèvements obligatoires

serait inéluctable, quelles que soient les politiques menées ? Si tel est le cas, quelle branche sera, selon vous, concernée ? Considérez-vous que cela se traduira, pour la branche vieillesse par l'allongement de la durée des cotisations ?

La création des agences régionales de santé est-elle de nature à modifier votre analyse de la situation financière de la branche maladie ?

La complexité des règles a été évoquée plusieurs fois. Pour ce qui concerne la branche vieillesse, pensez-vous que modifier le mode de calcul des pensions en passant à un système à points, comme en Suède, permettrait de réduire les erreurs comptables ? Je précise que je ne porte ainsi aucun jugement sur l'utilité du passage à un tel système.

Enfin, des charges hospitalières sont indûment imputées à l'assurance maladie au lieu de l'être à la branche accidents du travail et maladies professionnelles. On s'est efforcé à une ventilation plus correcte lors de l'examen de la dernière loi de financement de la sécurité sociale, mais le groupe socialiste considère que la répartition n'est toujours pas satisfaisante. Quelle est l'ampleur des dépenses indues qui majorent les charges de l'assurance maladie et quels obstacles s'opposent à une plus grande transparence ?

M. Michel Liebgott. Le régime local d'Alsace-Moselle, que l'on considère souvent comme satisfaisant et équilibré, fait-il l'objet d'une certification ? Quelle est l'appréciation de la Cour des comptes sur ce régime ?

M. Dominique Dord. On est toujours sidéré par les conséquences du défaut de contrôle interne, en particulier dans les branches famille et vieillesse. Que ne dirait-on pas s'il s'agissait des collectivités territoriales ou de certaines associations ! Le recul aidant, la Cour arrive-t-elle à évaluer plus précisément l'ampleur d'éventuelles fraudes ? Certains considèrent que la fraude est marginale et que l'amélioration de la répression ne changerait rien, d'autres pensent, au contraire, qu'il existe là d'importants gisements d'économies.

M. Guy Malherbe. Une fois dépassé le plafond annoncé – 18 milliards d'euros –, il existe un risque quant au financement de l'ACOSS. Qui finance aujourd'hui le déficit de trésorerie, selon quelles modalités et à quel taux ? Qui est susceptible de souscrire des billets de trésorerie ? Une telle souscription pénaliserait-elle l'ACOSS ?

M. le Premier président. Je ne voudrais pas que M. Door reste sur le sentiment négatif que lui a inspiré notre rapport, car bon nombre de nos observations donnent des raisons d'espérer. Elles doivent être ressenties, non comme des remontrances, mais comme des incitations à s'engager plus rapidement dans la voie souhaitée.

S'agissant de la performance du dispositif de contrôle, il convient bien entendu de réfléchir à l'organisation du réseau, à son implantation sur le territoire, aux mutuelles, sachant que nous sommes ici à la frontière entre le politique et le

culturel. Le problème est moins de principe que de rythme dans la mise en œuvre. La branche du recouvrement se resserre, même si l'effort est encore modeste : nous en sommes à 98 URSSAF. La branche maladie commence elle aussi un effort. La branche famille envisage une caisse par département. Ces évolutions vont dans le sens que vous souhaitez, mais je doute que leur rythme soit conforme à vos attentes !

Mme la présidente de la sixième chambre. Le rapport que nous remettrons en septembre comportera un bilan à mi-parcours de la mise en place de la T2A. Il ne nous appartient pas de contester le principe de la convergence intersectorielle, même si la Cour avait émis quelques doutes à ce sujet. La nouvelle classification, avec aujourd'hui 2 500 groupes homogènes de séjour (GHS) contre 250 précédemment, permet de mieux différencier la difficulté des actes selon les types d'établissement. Elle peut donc constituer un élément favorable dans l'hypothèse de la mise en œuvre d'une convergence intersectorielle. Cela dit, nous n'avons aucune appréciation à porter sur le report décidé par la ministre : il existe certainement des obstacles importants et les problèmes liés à la rémunération des professionnels de santé ne sont toujours pas résolus.

Quoi qu'il en soit, la convergence intersectorielle ne se traduira jamais par des tarifs identiques des deux côtés. Il convient avant tout de clarifier ce dont on charge chaque secteur et les dotations globales qui continueront d'être affectées aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

M. le Premier président. M. Jacquat a relevé à juste titre que la procédure de certification a permis de déceler des erreurs qui se reproduisaient depuis 17 ans et d'y mettre un terme. Les bénéficiaires de trop-perçus montrent peu d'empressement à déclarer leur situation aux services concernés, certes, mais ce n'est pas caractéristique des seuls assurés sociaux !

Mme la présidente de la sixième chambre. Pour ce qui est des erreurs, il faut remonter aux années 1990 et à l'informatisation des transferts d'informations entre les Assédic et l'Unédic d'un côté, la CNAV de l'autre : nous n'avons pas trouvé trace d'une quelconque convention qui aurait arrêté les normes et les conditions de ces transmissions électroniques. Ce qui est étonnant, c'est que personne ne se soit posé de questions depuis cette date alors que la CNAV est la première caisse nationale à s'être dotée de procédures d'audit interne, à la fin des années 1980. S'agit-il d'erreurs humaines ou d'erreurs techniques ? En tout cas, il n'y a pas eu de prise de conscience de la part de l'institution.

M. le Premier président. À quel niveau de dépenses, demande Mme Touraine, peut-on envisager de trouver des solutions ? C'est une question qui relève clairement du débat politique. Il y a 27 ou 28 ans, un ministre chargé des affaires sociales avait fait scandale en déclarant abruptement qu'il n'y avait pas d'autre limite à la dépense sociale que la volonté du peuple. C'est tout à fait exact ! Le rôle de la Cour des comptes est simplement de rappeler que, face aux

dépenses, il doit y avoir des recettes, si possible à niveau équivalent ou supérieur, et de signaler les conséquences fâcheuses qui peuvent résulter de l'absence de ces recettes. La Cour doit également aider à trouver le meilleur rapport coût-efficacité car, comme l'a dit le président Méhaignerie, le système français est probablement le plus coûteux, mais pas le plus efficace.

Par ailleurs, la Cour considère qu'il est difficile d'envisager qu'il n'y ait pas, au moins dans le domaine social, un recours accru aux prélèvements obligatoires. Certains imaginent que l'on pourra trouver des moyens pour la branche maladie ; en matière de retraites, c'est beaucoup plus douteux et, quand bien même on trouverait ces moyens, ils ne produiraient d'effet que de manière très progressive.

Pour ce qui est de la mise en place des futures agences régionales de santé, la Cour ne peut être que dans l'expectative. Nous jugerons sur les résultats.

En matière de retraites, le système par points pratiqué en Suède est incontestablement plus simple et permet de limiter le risque de fraude. Cela étant, le choix en la matière est plus politique que technique.

M. le conseiller-maître. La Cour considère que la charge hospitalière imputée à la branche accidents du travail et maladies professionnelles est sous-évaluée. Certes, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit que cette branche verse une dotation de compensation à la branche maladie, mais il nous semble que les hôpitaux prennent peu en compte, dans leurs systèmes d'information, l'origine de l'affection traitée, cette préoccupation étant pour eux secondaire. Le montant en jeu, 100 millions d'euros, est faible au regard des masses du régime général, mais il est significatif pour la branche accidents du travail.

Quant aux caisses de sécurité sociale d'Alsace-Moselle, elles relèvent du système global de validation des comptes que nous décrivons au début du rapport. Leurs comptes sont validés pas les agents comptables nationaux. Il n'y a pas eu de refus de validation.

(M. Jean-Pierre Door, secrétaire, remplace M. Pierre Méhaignerie à la présidence.)

M. le Premier président. La Cour des comptes et le Conseil des prélèvements obligatoires ont déjà abordé les problèmes de fraude évoqués par M. Dord. Je me demande, toutefois, si l'on réussira à mobiliser l'opinion en prenant le risque de lui donner à croire que, s'il n'y avait pas de fraude et pas d'« excès », les régimes sociaux ne connaîtraient plus de problème d'équilibre. Ce serait s'exonérer du constat de la réalité : notre système a été conçu pour l'essentiel il y a plusieurs décennies, dans un contexte radicalement différent, et une remise à plat s'impose. Quand bien même on réglerait le problème de la fraude, on resterait confronté à des déséquilibres structurels qu'il faut traiter comme tels.

Mme la présidente de la sixième chambre. Nous avons mené un travail sur la fraude aux prestations sociales et nous vous en rendrons compte, si la matière est suffisamment riche, dans un prochain rapport public. Il s'agissait pour nous de mesurer les efforts consentis par les organismes sociaux après les préconisations du Gouvernement. Ces organismes sont longtemps partis du principe qu'un assuré social n'était pas un fraudeur. Ils sont donc peu enclins à rechercher la fraude, contrairement aux URSSAF qui s'en préoccupent depuis longtemps. La difficulté vient aussi de ce que les populations bénéficiant des prestations sont souvent fragiles. Dans la branche maladie néanmoins, la découverte de fraudes industrielles a provoqué une réelle mobilisation. Il semble que les organismes ont maintenant pris conscience du problème.

M. le Premier président. M. Malherbe a soulevé la question du financement des découverts des régimes de sécurité sociale. D'ores et déjà, trois conclusions paraissent se dégager.

Premièrement, le financement pas la Caisse des dépôts et consignations se révèle moins coûteux que le financement bancaire auquel le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) a dû avoir recours.

Deuxièmement, l'ACOSS se finance à court terme principalement en faisant appel à la Caisse et accessoirement en émettant des billets de trésorerie, ce qui ne nous semble pas adapté à un portage de dette sur une période excédant l'année. D'une part, la Caisse des dépôts doit se refinancer sur le marché et estime perdre de l'argent au-delà d'un certain montant, si bien qu'elle a fixé des limites à ses concours. D'autre part, le marché des billets de trésorerie est étroit et l'ACOSS y est déjà l'opérateur le plus important.

Troisièmement, la CADES, est par nature mieux adaptée à un financement à long terme, mais la reprise des déficits accumulés se heurte à l'obligation d'apporter des ressources supplémentaires. En outre, comme elle n'est pas autorisée à anticiper les reprises de déficit – elle n'en connaît d'ailleurs pas la date avant le vote du Parlement –, elle est conduite à financer pendant un temps plus ou moins long une partie de la dette reprise avec des ressources à court terme. Le faible niveau des taux courts est aujourd'hui un avantage, mais expose tant l'ACOSS que la CADES au risque d'une remontée des taux, qui se produira tôt ou tard.

Mme Catherine Lemorton. On a parlé des dépenses qui se retrouvent dans l'enveloppe hospitalière alors qu'elles relèvent de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, mais a-t-on évalué les dépenses que l'hôpital doit assumer alors qu'elles devraient être prises en charge par les assurances privées au titre des accidents de la vie ?

Je m'interroge aussi sur les effets des franchises médicales. La Cour évoque une baisse de la consommation des biens médicaux dans les trois domaines cibles du dispositif. Les chiffres dont je dispose font état d'une baisse de

1,4 % de la consommation de médicaments, sans que l'on sache si c'est là un effet des franchises. En revanche, celles-ci n'ont quasiment pas d'incidence sur les actes paramédicaux. Le seul effet sensible concerne les transports sanitaires. Je remarque également qu'après la décision du Conseil d'État du 6 mai 2009, les caisses d'assurance maladie ne peuvent plus récupérer les franchises sur les prestations sociales versées aux assurés, notamment ceux qui sont en précarité. Compte tenu de ces éléments, la Cour estime-t-elle qu'il est pertinent de maintenir les franchises ?

M. le Premier président. Pour ce qui est des assurances privées, il existe dans les comptes une ligne « Recours contre tiers ». Par ailleurs, les chiffres et observations que vous évoquez concernent l'année 2009. La Cour ne pourra se prononcer que sur des chiffres qui seront arrêtés au 31 décembre. Pour ce qui est de la pertinence des franchises, la réponse ne peut être que politique. La Cour constate seulement qu'elles ont généré une économie de 800 millions d'euros.

M. le conseiller-maître. Nous avons demandé une clarification des comptes de la branche accidents du travail précisément en ce que concerne la récupération de fonds auprès de tiers, assurances privées ou employeurs. Ces sommes, jusqu'à présent, étaient noyées dans la masse.

Mme Catherine Lemorton. Je parlais des accidents de la vie courante.

M. le conseiller-maître. Il existe aussi une importante ligne « Recours contre tiers » dans les comptes de l'assurance maladie. Il est possible de faire un point précis des recouvrements effectués chaque année : je vous invite à vous reporter à l'annexe du rapport. La Cour avait relevé, la première année, une certaine faiblesse dans le contrôle interne de l'assurance maladie et avait regretté le délai entre le constat de contentieux éventuel et l'inscription dans les comptes. Le processus est en voie de clarification.

M. Jean-Pierre Door, président. Merci pour cette présentation et pour ces réponses. Rendez-vous est pris pour le mois de septembre.

La séance est levée à douze heures quinze.

II.- EXAMEN DU RAPPORT

La séance est ouverte à onze heures trente.

(Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président de la Commission)

La Commission des affaires sociales entend Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports, M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, et Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité, sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je souhaite la bienvenue à Mmes les ministres et à M. le ministre.

Mme Marisol Touraine. Je regrette que cette audition très importante pour les travaux de la commission se tienne en même temps qu'un débat en séance publique, ou, si l'on préfère, qu'un débat en séance publique ait lieu en même temps qu'une réunion de notre commission.

Notre nouveau Règlement a considérablement réduit les possibilités de tenue concomitante d'un débat en séance publique et de travaux en commission. En cas de séance publique, les travaux en commission sur un nouveau texte sont normalement proscrits. Notre réunion d'aujourd'hui ne portant pas réellement sur un texte, je ne veux pas susciter de polémique. Cependant, certains de nos collègues, actuellement en séance, aimeraient participer aux travaux de la commission, tandis que d'autres ici présents souhaiteraient sans doute participer aux débats en séance. Dans la mesure où le travail en commission prend de plus en plus d'importance, une meilleure organisation de nos travaux paraît souhaitable.

M. le président Pierre Méhaignerie. Lors de la dernière Conférence des présidents, le ministre chargé des relations avec le Parlement a rappelé que cette situation devait rester exceptionnelle. Le président du groupe SRC a accepté une exception justifiée par le souhait de clore au plus tôt la session extraordinaire et par le dépôt de 800 amendements sur le projet de loi Hadopi 2. Néanmoins, je partage votre avis, ce cas de figure doit rester exceptionnel.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Le contrôle de l'application des lois n'est pas un exercice formel. La réforme de notre Règlement, consécutive à la révision constitutionnelle de 2008, en témoigne, puisque les rapports sur la mise en application des lois peuvent désormais donner lieu, en séance publique, à un débat sans vote ou à une séance de questions.

Indépendamment de l'organisation des travaux parlementaires, j'ai la faiblesse de penser que ces rapports sur l'application des lois ont au moins l'utilité de servir d'aiguillon pour le pouvoir exécutif, non seulement en aval, afin qu'il accélère la parution des textes réglementaires nécessaires, mais aussi en

amont, pour qu'il conçoive des textes législatifs applicables dans les délais annoncés. L'expérience, depuis la carte Vitale jusqu'à l'interlocuteur social unique en passant par le dossier médical personnel, montre que tel n'est pas toujours le cas.

Je suis donc convaincu que l'exercice auquel nous nous livrons ce matin est très utile. J'en veux pour preuve que, l'an dernier, les rapporteurs avaient exprimé leur insatisfaction face au trop petit nombre de textes d'application parus six mois après la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 : moins de 20 % des textes requis avaient alors été publiés.

Nous ne pouvons plus accepter que des mesures, présentées à l'automne précédent comme urgentes et indispensables, et votées selon la procédure accélérée, n'ont même pas connu au début de l'été un semblant de début d'application. De même, nous ne voulons plus voir ces décrets qui paraissent comme par miracle alors qu'approche la date de la réunion de la commission consacrée à l'examen de l'application de la loi.

Cette année, au 22 juillet, le taux d'application a plus que doublé, pour s'élever à près de 47 %. J'ai la faiblesse de penser qu'il serait demeuré à 20 ou 25 % si nous n'avions pas montré en 2008 l'importance que nous attachons à voir les lois que nous adoptons correctement appliquées par l'exécutif – qui, au demeurant, dans le cas des lois de financement de la sécurité sociale, en a lui-même en grande partie l'initiative.

Même s'il est en amélioration, ce taux demeure encore faible. D'assez nombreux textes, dont les projets ont été communiqués aux rapporteurs, devraient néanmoins paraître prochainement au *Journal officiel* – deux sont d'ailleurs sortis ce matin même. En outre, certains articles n'appellent pas de mesures d'application urgentes, tandis que d'autres ont pu devenir sans objet. Cette année, du retard a été pris dans la procédure d'élaboration de décrets qui nécessitaient l'avis préalable du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM), en raison de l'annulation par la juridiction administrative de la désignation des membres de cet organe.

Enfin, comme de coutume, nous savons que la tâche dévolue aux administrations est immense : c'est près d'une centaine de textes de nature diverse, depuis la circulaire jusqu'au décret en Conseil d'État, que réclame la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Je tiens d'ailleurs, Mesdames les ministres, M. le ministre, à saluer l'excellent esprit de coopération dans lequel nous avons pu mener le travail sur l'application de la loi de financement avec vos services et vos conseillers.

En vous renvoyant au rapport écrit pour des données plus détaillées selon les différentes catégories de textes, je me bornerai à constater que sur les 120 articles adoptés par le Parlement, 16 ont été censurés par le Conseil constitutionnel. Sur les 104 restants, 48 peuvent être considérés comme

d'application directe, ce qui n'est pas surprenant pour un texte comportant un volume important d'articles comptables de constatation, de récapitulation ou de prévision. 56 articles appelaient donc un ou plusieurs textes d'application. À ce jour, 21 ont fait l'objet d'une application complète et 12 d'une application partielle. En revanche, pour 23 articles, aucune mesure d'application n'a encore été publiée.

Avant de laisser le soin à mes collègues rapporteurs de présenter leurs observations sur les branches maladie, vieillesse et famille, je conclurai en faisant un très bref bilan de l'application des dispositions de la loi de financement relatives aux recettes et au contrôle, pour lesquels 18 articles nécessitaient des textes d'application.

En matière de recettes, les principales dispositions de la loi exigeaient une application très rapide : c'est le cas du transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), de la suppression du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés (FFIPSA), de la mise en place du nouveau forfait social et du « chèque-transport » mais aussi de la majoration des droits sur les alcools. Toutefois, pour certains de ces articles, il n'a pas été possible de prendre toutes les mesures d'application ; tant pour la reprise de dette que pour la liquidation de l'établissement de gestion du FFIPSA, mais aussi pour la fixation du montant de l'excédent que le Fonds de financement de la couverture maladie universelle (CMU) reverse à la CNAM, il fallait attendre les comptes définitifs de 2008, qui n'ont été certifiés par la Cour des comptes qu'à la fin du mois dernier – le Premier président est d'ailleurs venu nous présenter cette certification la semaine dernière.

En matière de contrôle et de lutte contre la fraude, les textes d'application de plusieurs dispositions importantes devraient paraître de façon imminente. Il s'agit de ceux relatifs au nouveau régime de pénalités financières, à la possibilité pour la branche famille d'accéder à des données plus fiables relatives aux indemnités journalières et à l'extension aux branches maladie et famille du pouvoir de contrainte, jusqu'ici réservé aux seules URSSAF, afin de permettre la récupération des prestations indûment versées.

Enfin, je souhaiterais poser quelques questions aux ministres, en commençant peut-être par une interrogation d'ordre général sur l'élaboration des textes réglementaires.

Lorsque les premiers éléments nous ont été transmis en réponse à nos demandes d'information, la parution de certains décrets était annoncée comme imminente, car ils étaient déjà soumis au contreseing. Nous étions alors le 25 juin. Or, près d'un mois plus tard, la plupart de ces textes n'ont pas encore été publiés. Est-il donc possible d'identifier le ou les points de blocage dans le circuit d'élaboration des textes, à un stade où seules quelques signatures demeurent nécessaires ?

Par ailleurs, afin de s'assurer dès la discussion du projet de loi que son application sera rapide, ne faudrait-il pas systématiser une rédaction des textes réglementaires parallèle à celle des dispositions législatives, ce qui permettrait d'ailleurs de transmettre ces projets de textes pour information aux rapporteurs ?

Mes autres questions vont au-delà de la stricte conception de l'application des lois, c'est-à-dire d'un angle purement réglementaire.

La loi de financement comporte notamment des prévisions de recettes, élément essentiel n'appelant certes pas de mesures d'application, mais dont nous ne sommes certainement pas dispensés de suivre l'exécution. Or, les prévisions d'évolution de la masse salariale associées à la loi de financement pour 2009 tablaient sur une hausse de 2,75 %. Le temps ayant passé, on parlait récemment d'une baisse de 1,25 %. Mais j'ai rencontré il y a quelques jours les responsables d'une URSSAF qui, dans leur ressort, faisaient état d'une baisse de 2,5 % par rapport à la même période de 2008. Disposez-vous de données nationales permettant de confirmer cette aggravation de la prévision ?

L'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale nous intéresse ; mais celle des lois de finances aussi, surtout lorsqu'il s'agit des allègements généraux et des exonérations ciblées de cotisations sociales, dont ma visite de travail dans cette même URSSAF m'a permis de mieux mesurer l'effarante complexité, ne serait-ce que pour le seul contrôle de ces mécanismes – il suffit de rappeler qu'un tiers des redressements en matière d'exonérations se fait en faveur des entreprises. Or, l'article 189 de la loi de finances pour 2009 avait demandé au Gouvernement de remettre au Parlement, avant le 15 juin 2009, un rapport évaluant l'efficacité des allègements généraux et ciblés de cotisations sociales au regard de la politique de l'emploi. Ce rapport, je le sais, n'a pu être réalisé dans les temps. Pouvez-vous nous assurer, M. le ministre, que nous pourrions en disposer dans les prochaines semaines ou les prochains mois ? Nous avons besoin de cet éclairage.

Je voudrais évoquer également la reprise de la dette, mentionnée à l'article 10. Son montant final se monte, à 9 millions d'euros près, à l'autorisation de reprise du déficit par la CADES, qui était de 27 milliards d'euros. Compte tenu des incertitudes que génère la crise, dans quelles conditions cette reprise de dette et son placement par la CADES ont-ils été réalisés ?

L'article 13 institue le forfait social. C'est une cotisation sociale patronale de 2 % sur un certain nombre d'éléments de rémunération exclus de l'assiette de cotisations sociales. Quelles recettes peut-on en escompter ?

Quelles sont les mesures spécifiques envisagées pour répondre à la décision de la Cour des comptes, qui a refusé de certifier les comptes des branches famille et vieillesse ? Quels sont les efforts entrepris pour améliorer les contrôles internes et, comme l'a souligné la Cour, éviter les risques liés à d'éventuelles

remises en cause de prestations ? Comment entendez-vous répondre aux réserves émises par la Cour à l'occasion des contrôles qu'elle a effectués ?

Enfin, la mise en œuvre de l'interlocuteur social unique par les URSSAF et le Régime social des indépendants (RSI) a abouti à un dispositif chaotique – le mot est faible. Cette situation est due à une mauvaise appréciation des difficultés, pourtant signalées par les deux réseaux au moment de la décision de mise en place, ainsi qu'à des incompatibilités entre systèmes d'information. Les travailleurs indépendants sont parfois mis dans des situations difficiles voire angoissantes : des appels de cotisations abusifs de l'ordre de deux fois 15 000 euros en fin d'année nous ont été cités ! Les URSSAF ont dû mettre en place des dispositifs pour traiter manuellement les cas individuels concernés. Aujourd'hui, personne n'est encore capable de nous indiquer une date de sortie de cette crise. Je souhaiterais que les conclusions nécessaires puissent en être tirées. Peut-être, M. le Président, une mission d'information devra-t-elle être créée pour analyser les causes d'un tel échec dans la mise en place de l'interlocuteur social unique.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je voudrais revenir sur l'un des dossiers évoqués par Yves Bur, celui de l'effarante complexité des allègements de charges sociales sur les bas salaires. Ceux-ci sont au cœur du débat politique pour plusieurs raisons. D'abord, ils constituent une trappe à bas salaires : entre un salaire au SMIC et un salaire supérieur de 20 % à celui-ci, la hausse des cotisations sociales est de 32 points. Pour un SMIC, les cotisations sociales patronales varient de 17 % à 21 %. Pour un salaire supérieur de 20 % au SMIC, elles se montent déjà à 30 points.

Ensuite, elles font aujourd'hui l'objet d'un double contournement. Le premier consiste à payer le salarié au SMIC, et à lui verser un treizième mois, ou un treizième mois et demi ; la perception du salarié qui, après quinze ans, est toujours payé au SMIC ou presque, même s'il reçoit un treizième moins et demi, n'est cependant pas la même que s'il était payé 20 % au-dessus du SMIC. Le second, pratiqué par nombre d'entreprises qui reçoivent de l'argent liquide en échange de leurs prestations, consiste à payer les salariés au SMIC et à leur verser en sus de l'argent liquide ; chacun est alors content, l'employeur, qui paie 20 points de cotisations patronales au lieu de 40, et le salarié, qui ne perd pas l'aide personnalisée au logement ou son statut de non-imposable.

Lors du débat sur le prochain projet de loi de financement, nous devons avoir le courage d'affronter cette réalité.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour la maladie et les accidents du travail. J'ai été le rapporteur des 29 articles relatifs à l'assurance maladie ainsi que des 6 articles concernant la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

La mise en application de ces dispositions est globalement satisfaisante et des progrès notables ont été accomplis depuis l'an dernier : en vous présentant mes observations sur la publication des textes d'application de la loi de financement pour 2008, j'avais été amené à regretter des retards importants. Cette année, je ne peux que me féliciter de la bonne avancée de la mise en œuvre de la loi, même si quelques mesures d'application sont toujours attendues.

D'abord, sur les 35 articles relatifs à l'assurance maladie ou aux accidents du travail, 15 ne nécessitaient la parution d'aucun texte réglementaire ; ils sont donc entrés en vigueur dès le lendemain de la promulgation de la loi.

Il s'agit d'abord, comme chaque année, des articles ayant pour objet de rectifier le montant et la ventilation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2008, de les fixer pour 2009 et de déterminer les objectifs de dépenses des branches maladie et AT-MP pour 2009. Il en va de même des articles qui fixent le montant des versements de la branche AT-MP au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), ainsi qu'à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

D'autres dispositions sont également d'application directe. Je voudrais rappeler les plus importantes.

L'article 38 charge l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de présenter, dans son rapport annuel sur les charges et les produits de l'assurance maladie, un bilan des négociations conventionnelles et de la mise en œuvre de ses précédentes recommandations. Ce bilan figure aux annexes n° 5 et 6 du rapport de l'UNCAM pour 2010.

De même, en application de l'article 49 de la loi, qui assouplit les conditions d'inscription au répertoire des médicaments génériques, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) a élargi certains groupes génériques, pour y intégrer des médicaments très proches et aux mêmes effets, communément appelés « *me too* ».

L'article 50 rend obligatoire l'usage de la dénomination commune internationale (DCI) pour les prescriptions dans les groupes génériques. L'article 52 charge le Gouvernement d'établir un rapport sur la contraception. L'article 59 a étendu le champ des mises sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation atypiques. L'article 60 a intégré de nouvelles données dans les programmes de qualité et d'efficience. L'article 102 modifie le régime de prescription des travailleurs de l'amiante. Enfin l'article 66 précise le statut des accueillants familiaux employés dans les établissements publics de santé.

Par ailleurs, l'application de trois articles requiert non des décrets ou des arrêtés, mais des décisions de l'UNCAM.

L'article 37 de la loi permet à son directeur général de fixer unilatéralement les modalités de prise en charge des cotisations sociales des chirurgiens-dentistes par l'assurance maladie – ce qu'il a fait par une décision du 16 mars 2009.

De même, l'article 39 permet aux unions régionales des caisses d'assurance maladie de verser aux enseignants de médecine générale une rémunération complémentaire à celles qu'ils tirent de leurs fonctions d'enseignement et de soins ambulatoires, dans des conditions fixées par l'UNCAM. Selon les informations qui m'ont été fournies, les décisions nécessaires pourraient être prises en septembre 2009. Cependant, Mme la ministre, la procédure de titularisation de ces enseignants est-elle mise en œuvre conformément aux dispositions que nous avons votées ?

Enfin, l'article 42 donne compétence à l'UNCAM pour soumettre la prise en charge de certains actes paramédicaux en série à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie, sur le fondement de référentiels de la Haute Autorité de santé (HAS). L'UNCAM a élaboré six projets de référentiels, dont trois ont déjà été validés par la Haute Autorité. D'après mes informations, l'UNCAM pourrait les rendre opposables à la rentrée 2009.

Enfin, la mise en application de 17 articles était subordonnée à la parution de textes réglementaires. Ils nécessitaient 30 textes, dont 5 décrets en Conseil d'État, 8 décrets simples et 15 arrêtés. Sur ces 30 textes, 13 ont été pris à ce jour, dont 3 décrets simples et 8 arrêtés.

Les dispositions de l'article 36 ont été précisées par un décret et un arrêté pour associer, dès cet été, les organismes complémentaires d'assurance maladie aux négociations conventionnelles. Une telle association, indispensable, permettra peut-être enfin une avancée des négociations concernant le secteur optionnel conformément aux orientations fixées par le législateur à l'article 53 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST ». Le même article de la loi précisait aussi les dispositions de la précédente loi de financement relatives aux expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ; les textes d'application – un décret et un arrêté – ne sont cependant pas encore publiés.

La majeure partie des dispositions de l'article 53 relatives au financement des établissements de santé ont également pu entrer en vigueur grâce à la publication d'un décret.

Selon mes informations, d'autres textes devraient être pris très prochainement, parmi lesquels ceux qui permettront la montée en puissance de l'Agence des systèmes d'information de santé partagés, prévue par l'article 45 de la loi, l'indemnisation des victimes de contaminations post-transfusionnelles par l'hépatite C suivant la procédure prévue par l'article 67, ou encore le

renouvellement et l'adaptation de certaines prescriptions médicales par les pédicures-podologues, prévus par l'article 61.

Concernant le secteur médico-social, les décrets d'application prévus ont bien été pris. Je souhaiterais, néanmoins, disposer de quelques éclaircissements sur deux points : concernant la tarification à la ressource des établissements qui doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2010, une concertation a, je crois, été lancée ; pourriez-vous nous indiquer les pistes du Gouvernement ? Une expérimentation concernant l'intégration des dépenses de médicaments dans les tarifs soins doit être lancée très rapidement : pensez-vous que nous disposerons du recul nécessaire pour que le dispositif soit généralisé au 1^{er} janvier 2011 ?

Enfin je souhaiterais demander aux ministres présents, et notamment à Mme la ministre de la santé, leurs intentions sur les points suivants.

Alors que, semble-t-il, le paiement à l'acte n'a plus vocation à être le mode de rémunération exclusif des professionnels de santé libéraux, quand le Gouvernement lancera-t-il les expérimentations de modes de rémunération alternatifs des professionnels de santé déjà prévues par la loi de financement pour 2008 ?

La loi de financement pour 2009 fixait à 44 millions d'euros le montant de la contribution de l'assurance maladie à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Ce montant semble manifestement insuffisant pour faire face aux dépenses exceptionnelles rendues nécessaires par la menace, de plus en plus pressante, de pandémie grippale de type A et de souche H1N1 : merci de nous confirmer ici même les mesures que le Gouvernement a annoncées et qu'il prendra dans les semaines à venir pour assurer la protection de la population française contre ce possible fléau.

Enfin, quand le dispositif de mise sous entente préalable pour les actes paramédicaux en série, en particulier ceux effectués par les masseurs kinésithérapeutes après chirurgie orthopédique, sera-t-il mis en œuvre ?

M. le président Pierre Méhaignerie. En écoutant les deux rapporteurs, je ne peux que me dire que nous légiférons vraiment beaucoup. La liste des textes me fait penser à la phrase de mon prédécesseur, le professeur Dubernard : « le manège tourne trop vite ». Beaucoup de nos compatriotes ont du mal à suivre.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour la vieillesse. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a été le véhicule privilégié de mise en œuvre des nombreuses réformes décidées lors du rendez-vous 2008 sur les retraites. À ce titre elle comporte de très nombreux articles consacrés à l'assurance vieillesse.

Sur les 23 articles relevant de ma compétence de rapporteur, quatre ne nécessitaient pas de mesures réglementaires d'application. Sur les 19 autres, 10 ont fait l'objet des mesures nécessaires, parfois très rapidement, et 9 sont encore en attente de leurs textes d'application, qui cependant sont soit des mesures de

« toilettage », soit concernent des dispositions dont la date d'entrée en vigueur est plus tardive.

Les quatre articles ne nécessitant pas de mesures d'application sont l'article 75, qui confie au Conseil d'orientation des retraites la rédaction d'un rapport sur la possibilité de procéder à un changement systémique de notre système de retraites, rapport qui sera remis en début d'année prochaine ; l'article 84, relatif à l'application à la fonction publique du principe d'application par génération pour l'ouverture du droit à la retraite anticipée pour carrière longue ; l'article 88, qui traite de la libéralisation du cumul emploi-retraite ; et enfin l'article 97 relatif aux objectifs de dépenses de la branche vieillesse.

Parmi les 19 autres articles, dont pour certains les mesures réglementaires ont été prises, je citerai, entre autres, la revalorisation du minimum vieillesse, la revalorisation des petites retraites agricoles, la réforme du minimum contributif, l'obligation de négocier sur l'emploi des seniors, la revalorisation de la surcote et le report de 65 à 70 ans de l'âge de mise à la retraite d'office.

Mmes et M. les ministres, je vous poserai trois questions. Certaines dispositions doivent entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2010 et les décrets nécessaires doivent être publiés cet automne. Il s'agit de la majoration des petites pensions de réversion et d'une partie de la réforme du minimum contributif. Ces deux dispositions supposent la mise en œuvre d'un système d'échange d'informations entre les caisses sur les pensions liquidées, prévu à l'article 76 de la loi de financement. Un décret en Conseil d'État est prévu, après avis de la CNIL. Pouvez-vous nous donner des précisions sur le calendrier prévu ?

Pourriez-vous également nous expliquer les raisons du report de l'entrée en vigueur du dispositif de rachat de trimestres supplémentaires au bénéfice des artisans et des commerçants ?

Enfin, pourriez-vous nous apporter des précisions sur les obligations de négociation sur l'emploi des seniors pour les entreprises de plus de 50 salariés ?

En conclusion, Mmes et M. les ministres, je tiens à remercier vos services, vos collaboratrices et collaborateurs, pour leur constante disponibilité et leur excellente coopération.

Mme Martine Pinville, suppléant M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille. Sur la branche famille, trois articles nécessitaient des mesures réglementaires d'application. Or, aucun de ces textes n'a encore été publié. Je sais que certains sont en cours de finition, ce que je salue comme un réel progrès. Pour les autres, je souhaiterais savoir quelles sont les raisons du retard et quelle est la date prévisionnelle de leur publication ; certains sont très attendus.

Il est prévu de remplacer le plafond journalier de prise en charge des cotisations sociales des assistants maternels au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) par un plafond horaire. Pourriez-vous nous éclairer sur les

conséquences attendues de cette mesure pour la rémunération des assistants maternels et les relations contractuelles entre parents employeurs et assistants maternels ? Vous savez comme moi que les assistants maternels sont le premier mode de garde des enfants de moins de six ans en France. Pour cette raison, il me semble urgent de clarifier la situation.

L'article 107 de la loi de financement a prévu une majoration de 10 % du complément de libre choix du mode de garde en fonction des « *horaires atypiques de travail* » des parents. Il s'agit ici de répondre à une attente réelle des familles, dont 80 % travaillent selon des horaires atypiques, souvent la nuit ou le dimanche.

Je souhaiterais donc savoir quels seront les horaires atypiques qui ouvriront droit à cette majoration. Comptez-vous y intégrer les plages horaires qui dépassent les horaires classiques d'ouverture des structures d'accueil, c'est-à-dire avant 8 heures et après 19 heures ? Par ailleurs, pourquoi avoir choisi un seuil de 25 heures minimum en travail atypique pour pouvoir bénéficier de la majoration de 10 % ? Enfin, quel est le coût de cette mesure pour la branche famille ?

En outre, et même si cela dépasse le cadre strict de l'application de la loi de financement, vous savez comme moi que c'est moins l'argent que l'insuffisance de l'offre de garde qui pose problème lorsqu'un parent travaille tôt le matin ou tard le soir. C'est un problème crucial, notamment pour les femmes qui peinent à concilier vie familiale et vie professionnelle. Comment comptez-vous y répondre ?

Enfin, j'aimerais vous faire part de deux préoccupations relatives à l'article 108 qui assouplit les conditions d'exercice des assistants maternels, en leur permettant d'une part de garder non plus trois, mais quatre enfants simultanément, et d'autre part de se regrouper hors de leur domicile. Ne faudrait-il pas tout d'abord préciser qu'un ou une assistante maternelle ne peut garder simultanément plus de deux enfants ne marchant pas ? J'espère que des considérations budgétaires ne primeront pas sur la sécurité et le développement de nos enfants. Par ailleurs, et c'est ma dernière question, pourriez-vous préciser quel sera l'engagement financier de la branche en faveur des regroupements d'assistantes maternelles ? Les communes craignent d'avoir à supporter seules la charge de la mise à disposition des locaux.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ces dernières années, de très grands progrès ont été réalisés dans le développement des modes de garde, y compris en matière de rémunération des assistantes maternelles. Celles-ci les constatent.

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État. Même si beaucoup de progrès restent à faire, l'application des mesures adoptées en loi de financement de la sécurité sociale est meilleure que l'an dernier. Sur les 104 articles de la loi de financement pour 2009, 73 sont aujourd'hui mis en œuvre, dont 40 étaient d'application directe. Sur 86 textes d'application nécessaires, décrets, arrêtés,

circulaires, 47 ont été publiés. Lors de l'audition de l'an dernier, seuls 7 textes avaient été publiés sur 46 nécessaires. Le progrès est donc réel.

Dans le champ qui relève directement de ma responsabilité, soit 47 articles relatifs aux agrégats financiers, aux recettes, à la trésorerie et aux fraudes, 38 articles sont appliqués entièrement et quatre partiellement. 28 textes devaient être pris ; 16 sont publiés et 10 sont en cours de signature.

Sur les deux textes restant, le premier est l'un des décrets d'application de l'article 118, sur la récupération des indus. Il n'a vocation à s'appliquer qu'au 1^{er} janvier 2010. Sa préparation n'est donc pas vraiment en retard. Le second est une circulaire relative à l'application de l'article 22, qui clarifie les règles d'assujettissement des dividendes distribués par les sociétés d'exercice libéral aux cotisations et aux contributions sociales, et qui avait provoqué un débat. Le décret d'application de cet article est paru le 18 avril, mais l'élaboration de la circulaire a pris un peu plus de temps, compte tenu de la complexité de la matière et de la forte réactivité des personnes concernées.

Les mesures les plus importantes ont été appliquées rapidement avec une efficacité particulière – je pense notamment, mais pas seulement, au forfait social de 2 %.

Je préciserai aussi à M. Bur que deux textes ont été publiés ce matin, avant la réunion de la commission, le décret relatif au recouvrement des indus de prestations familiales, d'allocation aux adultes handicapés et d'aide personnelle au logement et celui permettant à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) de gérer la trésorerie d'autres organismes de sécurité sociale.

Pourrions-nous nous organiser pour publier les décrets d'application d'une loi juste après sa promulgation ? Il serait bien sûr souhaitable que les décrets soient élaborés en parallèle à la discussion du projet de loi. Cependant, le projet de loi de financement, comme le projet de loi de finances, n'est stabilisé qu'assez tardivement. Beaucoup de points donnent lieu à débat. Il n'est donc pas possible, au moment du vote de la loi, de disposer de textes d'application sur toutes ses dispositions. Le débat au Parlement se construit à partir d'une base, qui progressivement s'affine puis se stabilise. Ce qu'il faut, c'est qu'à partir du moment où cette stabilisation se produit, le Gouvernement puisse communiquer au plus vite les textes au Parlement. Nous allons nous y employer.

Vous nous faites part de votre incompréhension sur la longueur des circuits de signature. Un remaniement ministériel a eu lieu le 23 juin. Dans tous les ministères qui ont changé de titulaire, et non pas seulement pour les ministres présents ici ce matin, il a fallu reprendre la procédure de signature : les textes d'application sont souvent soumis au seing de plusieurs ministres. L'annulation de l'arrêté fixant la composition du conseil de la CNAM a aussi eu quelques conséquences.

La reprise de dette du régime général par la CADES a également été mise en œuvre avec efficacité. La CADES a effectué trois versements à l'ACOSS, dès le 23 décembre 2008, grâce à la trésorerie disponible, le 6 février et le 6 mars 2009. Les conditions de financement sont plutôt bonnes ; nous avons emprunté à court terme environ 27 milliards d'euros à moins de 1 % d'intérêt ; la CADES restructure cette dette à court terme en dette à moyen ou long terme, sur la base d'échéances allant de 2011 à 2021. Les difficultés des marchés financiers n'ont donc pas affecté le coût d'emprunt de la CADES, qui bénéficie d'une notation AAA.

D'autres mesures importantes ont fait l'objet d'une application rapide. La reprise de la dette du FFIPSA par l'État et l'intégration de sa branche maladie au régime général ont nécessité cinq décrets, tous parus, et un arrêté, en cours de signature. L'article 14 sur l'assujettissement aux cotisations sociales des « parachutes dorés » a fait l'objet d'une circulaire. L'article 20 sur la prise en charge des frais de transport a nécessité un texte d'application et une circulaire, tandis que l'article 16 relatif à l'indexation sur l'inflation des droits sur l'alcool a été appliqué dès le début de l'année 2009. Même si nous espérons faire mieux encore l'an prochain, nous avons donc progressé par rapport à l'an dernier. Cette amélioration témoigne des efforts réalisés pour l'élaboration des textes. Nous en avons besoin.

Le conseil d'administration de l'ACOSS se réunit vendredi prochain. Il va étudier de nouveau les prévisions de masse salariale pour l'année 2009.

Le dernier chiffre actualisé de l'évaluation de la masse salariale en 2009 est une baisse de 1,25 %. Il sera probablement encore revu à la baisse. La nouvelle évaluation devrait être publiée dans les jours qui viennent. Elle sera prise en compte pour le calcul des recettes dans le projet de loi de financement pour 2010. Il faudrait se poser en particulier la question du mode de calcul du chômage partiel. En tout cas, une nouvelle prévision à la baisse de la masse salariale sera probablement publiée fin 2009.

Le sénateur Serge Dassault avait demandé qu'un rapport soit élaboré sur les allègements de charges. Il y en a eu d'autres ; le rapport publié par M. Bur en juin 2008 est particulièrement intéressant. Vous y aviez écrit l'essentiel, M. le rapporteur. On n'innove plus guère sur le sujet, le président Méhaignerie en sera sans doute d'accord. Avec mes collègues Christine Lagarde et Laurent Wauquiez, nous allons mandater dans les tout prochains jours une mission de l'inspection générale des finances ; elle sera confiée à M. Jean-Luc Tavernier, qui a été mon directeur de cabinet. Sa tâche, de quelques semaines, sera non pas de réaliser une nouvelle expertise, mais plutôt de proposer un certain nombre de scénarios expertisés en vue d'éclairer le choix politique.

À la fin du mois de mai, les recettes du forfait social sont de 134 millions d'euros. J'espère qu'à la fin de l'année, les 400 millions attendus seront atteints. Beaucoup de versements comme l'intéressement ou la participation sont versés

avec les salaires de juin ou juillet, et ne sont donc pas pris en compte dans les montants déjà encaissés. Cette recette est affectée à la CNAM.

Cette année, les comptes de l'ACOSS ont été certifiés, au contraire de l'an dernier. Il ne s'est pas, non plus, engagé de polémique sur le déficit, au contraire de l'an dernier. Si le niveau du déficit appelle des actions, il n'y a pas de différences sur son interprétation.

La non-certification des comptes de la branche famille et de la branche vieillesse est due à des problèmes de contrôle interne. Des progrès doivent évidemment être réalisés dans la gestion de ces deux branches. Certains ont déjà été réalisés, tels le répertoire national des bénéficiaires pour la famille, la suppression de la déclaration de ressources et le transfert des données fiscales, ou la convention d'objectifs et de gestion, signée au début de l'année. Ces progrès sont trop récents pour avoir été appréciés dans le cadre de la récente certification de la Cour des comptes. Ils le seront l'an prochain.

La branche vieillesse, c'est également la convention d'objectifs et de gestion 2009-2013, qui renforce le contrôle interne.

Enfin, le dispositif de l'interlocuteur social unique manquait un peu de moyens. Il en a donc été accordé au RSI pour essayer de pallier des difficultés récurrentes, en matière de stocks, de liquidation de pensions. Beaucoup de plaintes ont été formulées. On savait que cette fusion d'organismes serait lourde : elle l'a été encore plus que prévu en termes d'organisation. Nous sommes très vigilants et des mesures concrètes, notamment un apport supplémentaire de moyens en faveur des systèmes d'information, devraient permettre d'améliorer la situation et de résoudre les difficultés rencontrées d'ici la fin de l'année.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports.
Sur le volet de la loi relatif à la maladie, plus de la moitié des textes d'application nécessaires a été publiée. Le reste est en cours de publication. Nous allons ainsi pouvoir déployer un certain nombre d'outils de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et faire en sorte de dépasser largement le taux de réalisation des objectifs de maîtrise médicalisée constaté l'an dernier, à savoir 62 %. Nous pensons à la diffusion des référentiels de la Haute autorité de santé, à l'extension du répertoire des génériques, au plan d'action sur la maîtrise des dépenses de médicaments, particulièrement élevées à l'hôpital.

Plus largement, beaucoup des outils créés par la loi de financement précédente ont été mis en place. La Haute Autorité de santé s'est investie dans son rôle médico-économique. Nous avons constaté aussi le développement très fort des contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) conclus entre les médecins et l'assurance maladie. Alors que je m'étais fixé l'objectif de 5 000 contrats à la fin de l'année, après quelques semaines il en a déjà été conclu 6 300. C'est donc un vrai succès.

Nous avançons également dans nos relations avec les complémentaires santé. Désormais, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) est invitée à toutes les négociations de l'UNCAM, notamment avec les médecins et les opticiens, mais aussi avec les masseurs-kinésithérapeutes, les dentistes ou les biologistes. Je note que certains organismes complémentaires ont respecté leur engagement de ne pas répercuter sur leurs tarifs la hausse de leur contribution au Fonds CMU. Le rapport, qui va nous être remis à l'automne sur ce point, nous permettra d'y voir plus clair et notamment d'évaluer la politique tarifaire et l'évolution des prestations des complémentaires santé au regard de leur rentabilité.

La loi nous permet aussi d'avancer en matière de transparence des dépenses de santé. Certains articles vont vous permettre de disposer de plus d'informations, comme l'article 52 sur les dépenses en matière de contraception ; en application de l'article 38, l'UNCAM a dressé un bilan de l'application des mesures qu'elle avait proposées pour 2009 ; avec l'article 60, nous disposerons de nouveaux indicateurs, permettant d'évaluer l'évolution des effectifs et des dépenses de personnel des établissements de santé. Plusieurs indicateurs, trois en particulier, ont été retenus à ce jour.

Cette loi a joué l'un des rôles que nous en attendions en cette période de crise, celui d'un puissant amortisseur social. Nous traversons une période de récession particulièrement forte. Alors que la chute de l'activité est estimée à 3 %, les dépenses progresseront d'au moins 3,3 % grâce à la loi de financement. Néanmoins, dans ce contexte, nous devons être particulièrement vigilants pour ralentir le rythme de progression des dépenses qui dérapent le plus, et les ramener au plus près de l'ONDAM voté. Le dépassement de l'ONDAM en 2009 a été estimé par la Commission des comptes de la sécurité sociale en juin dernier à 400 millions d'euros. Notre objectif est bien de respecter la loi votée par le Parlement.

La nomination des personnels titulaires enseignants de médecine générale, M. Door, progresse, même si les doyens d'université doivent être stimulés... C'est le travail de la ministre en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche plus que le mien. Je suis en relation avec elle à cette fin. L'objectif est de 200 nominations sur quatre ans.

Les expérimentations de modes de rémunération alternatifs ont débuté sur la base d'un appel à projet lancé par les missions régionales de santé auprès des professionnels de santé, qui répondaient à des critères définis dans un cahier des charges très détaillé. Un comité de pilotage associe le ministère de la santé, le haut-commissariat aux solidarités actives, les caisses d'assurance maladie, l'UNOCAM, les représentants des professionnels libéraux, des centres de santé et des personnalités qualifiées. Pour la mise en œuvre de ces expérimentations, ce comité de pilotage a retenu six missions régionales – celles d'Île-de-France, de Bourgogne, Franche-Comté, Rhône-Alpes, Bretagne, Lorraine – et 18 maisons de santé, 21 centres de santé, trois pôles de santé ainsi qu'un réseau de santé. Les

missions régionales rencontrent les sites afin de déterminer avec eux le modèle économique qu'ils souhaitent expérimenter.

Le premier module proposé dans le cadre de ces expérimentations, qui devrait être mis en œuvre dès le troisième trimestre 2009, consiste à verser aux structures de soins participantes un forfait pour financer des activités et des prises en charge coordonnées. Le montant de ce forfait est conditionné à l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficacité fixés pour l'ensemble de la structure de soins. Pour parler clair, il s'agit donc d'expérimenter un paiement à la performance.

Le deuxième module concerne l'information thérapeutique, sujet qui nous est particulièrement cher ; il sera disponible dans les mêmes délais. Deux autres modules, qui seront opérationnels au premier semestre 2010, permettront de mettre en œuvre des forfaits à la pathologie et des forfaits de rémunération de professionnels dans le cadre de protocoles de prise en charge coordonnée des patients. Ces deux derniers éléments soulevant d'importants enjeux professionnels et financiers, des modélisations économiques importantes sont nécessaires. J'ai donc demandé à l'IGAS de diligenter une mission d'appui pour assister la direction de la sécurité sociale et la direction de l'hospitalisation dans la définition de ces modèles, en vue d'une mise en œuvre rapide.

S'agissant de la pandémie de grippe A/H1N1, M. Door, la dotation des régimes d'assurance maladie en faveur de l'EPRUS avait été fixée à 44 millions d'euros par la loi de financement pour 2009. Bien évidemment, ce montant s'avère insuffisant pour financer les nouvelles dépenses auxquelles l'établissement devra faire face d'ici la fin de l'année, afin d'acquérir les doses nécessaires à la campagne de vaccination de la population, conformément aux arbitrages rendus par le Premier ministre. En conséquence, le prochain projet de loi de financement et le prochain projet de loi de finances réviseront les dotations de l'EPRUS pour 2009.

Dans l'intervalle, le Gouvernement a demandé à la CNAM de verser à l'établissement une avance couvrant la totalité du coût d'acquisition des vaccins et des matériels consommables, notamment les seringues et les conteneurs de gestion des déchets, qu'il est nécessaire de commander dès à présent.

Le montant total de l'avance, qui s'élève à 879 millions d'euros pour 94 millions de doses, répond à une hypothèse haute, calculée sur la base des coûts annoncés par les industriels et d'un taux de TVA à 19,6 %, qui ne préjuge pas du régime d'autorisation dont bénéficieront les vaccins. Des crédits seront inscrits en projet de loi de finances rectificative pour 2009 afin de financer la part de l'État, intérêts compris.

S'agissant du dispositif visant à soumettre la prise en charge de séries d'actes paramédicaux à une procédure d'entente préalable, la Haute Autorité de santé a écrit, le 28 avril dernier, qu'aucun argument scientifique n'était susceptible

d'être relevé pour s'opposer aux trois premiers projets de référentiels qui lui avaient été soumis pour avis par l'UNCAM, concernant la rééducation après reconstruction du ligament croisé antérieur du genou, la rééducation après libération du nerf médian au canal carpien et la rééducation après entorses de la cheville et du pied. Trois autres projets de référentiels sont en attente de réponse, sur la rééducation après arthroplastie de hanche, la rééducation après arthroplastie du genou et la rééducation après chirurgie réparatrice de réinsertion ou de suture simple du tendon rompu de la coiffe des rotateurs.

Compte tenu des délais de mise en œuvre, le dispositif sera pleinement opérationnel en septembre. Il faut préalablement que la décision de la CNAM soit rendue publique, qu'elle la diffuse par des lettres-réseaux et qu'elle assure la préparation opérationnelle de ses services. Je souligne, par ailleurs, que la question des référentiels et de la soumission de la prise en charge des actes à une entente préalable influe très fortement sur les négociations en cours entre l'UNCAM et les masseurs-kinésithérapeutes.

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité. Je vous prie de bien vouloir excuser l'absence de M. Xavier Darcos, retenu au Sénat par l'examen de la proposition de loi sur le repos dominical.

Je compléterai tout d'abord les propos de mes collègues Éric Woerth et Roselyne Bachelot sur les branches relevant de notre responsabilité : vieillesse, famille, accidents du travail, maladies professionnelles et secteur médico-social.

Je ne verserai pas dans l'autosatisfaction ; toutefois, conformément à vos souhaits, nous avons fait des efforts pour publier dans les temps les textes d'application des mesures que vous avez votées l'année dernière.

Ainsi, dans le secteur des retraites – particulièrement bien représenté en raison du rendez-vous de 2008 –, sur treize articles nécessitant un texte d'application, trois n'entreront en vigueur qu'en 2010 et un, relatif au Régime social des indépendants, a vu son entrée en vigueur reportée en raison de l'impossibilité de transférer les cotisations chômage vers les cotisations vieillesse dans la situation actuelle. Sur les neuf articles restants, un seul attend encore sa mesure d'application, qui devrait être publiée très prochainement ; tous les autres textes nécessaires, soit onze décrets, ont été publiés.

Concernant la branche famille, la loi de financement pour 2009 a permis trois avancées en matière de garde d'enfants, afin de permettre aux parents de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle.

Tout d'abord, nous avons augmenté de 10 % le complément de libre choix du mode de garde en cas d'horaires atypiques, ce qui concerne 14 % des familles. Le décret sera publié à la fin de la semaine et la mesure effective dès le mois de septembre.

Ensuite, nous avons autorisé le regroupement d'assistantes maternelles afin de permettre à ces professionnelles de travailler à plusieurs et en dehors de leur domicile. Le modèle de convention sera diffusé dès ce soir aux 123 caisses d'allocations familiales.

Enfin, nous avons porté de trois à quatre le nombre d'enfants que peut garder simultanément une assistante maternelle. Cette mesure, directement applicable, représente à terme 50 000 places d'accueil supplémentaires.

Dans le secteur médico-social, nous poursuivons notre objectif d'amélioration de l'offre d'hébergement des personnes âgées : la loi de financement pour 2009 s'efforce non seulement d'augmenter le nombre de places disponibles, mais aussi d'améliorer l'efficacité de la dépense publique grâce à une importante réforme du régime de tarification des EHPAD : à compter du 1^{er} janvier 2010, sera instaurée une tarification à la ressource.

Par arrêté du 26 février dernier, le Gouvernement a déjà fixé des tarifs plafonds, ainsi que les règles de mise en œuvre de la convergence tarifaire applicables aux 10 % d'établissements qui dépassent ces plafonds. L'étape suivante, c'est-à-dire la préparation du décret réformant en profondeur la tarification des établissements dans ses trois composantes – soins, dépendance et hébergement – nécessite une concertation avec les acteurs du secteur ; celle-ci a débuté le 10 juillet et devrait se poursuivre en septembre, en vue d'une mise en place au 1^{er} janvier 2010.

En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, la seule mesure réglementaire qui reste à prendre, relative au maintien des indemnités journalières en cas d'incapacité au travail, est en voie de finalisation.

J'en viens maintenant aux questions précises que vous m'avez posées.

M. Door, les travaux préparatoires à l'expérimentation de la réintégration des dépenses de médicaments dans la tarification des EHPAD viennent de s'achever. M. Pierre-Jean Lancry, que Mme Roselyne Bachelot et Mme Valérie Létard avaient missionné en février dernier, a terminé ses consultations auprès des acteurs concernés et vient de rendre ses recommandations. Sur ce fondement, une circulaire conjointe des administrations centrales et des caisses concernées sera élaborée durant l'été, afin de préciser les modalités, notamment financières, de l'expérimentation. Celle-ci devrait porter sur un échantillon représentatif de 360 établissements, sélectionnés sur la base du volontariat, par l'intermédiaire des fédérations les représentant ; elle se déroulera du 1^{er} septembre 2009 au 31 août 2010.

M. Jacquat, l'élaboration du système d'échange d'informations sur les montants des pensions fait actuellement l'objet de travaux techniques. La mesure adoptée à votre initiative sur la communication des données entre régimes – devenue l'article 76 de la loi de financement – nous aide grandement à relever ce

défi. Naturellement, nous ferons tout pour respecter le délai de mise en œuvre, fixé au 1^{er} janvier 2010.

Quant au report de la validation des quatre trimestres au RSI, il s'explique par le fait que le financement de la mesure devait être assuré par l'augmentation des cotisations vieillesse. Or, compte tenu de la dégradation de la situation financière du régime d'assurance chômage, le transfert des cotisations chômage vers les cotisations vieillesse est reporté. En revanche, nous avons toujours l'intention de procéder à sa mise en œuvre, dès que la situation de l'emploi le permettra.

S'agissant des mesures en faveur de l'emploi des seniors, le Président de la République l'a clairement indiqué dans son courrier sur le rétablissement de l'allocation équivalent retraite : il serait irresponsable de relâcher la mobilisation en faveur de l'emploi des seniors. L'entrée en vigueur du dispositif, visant à imposer aux entreprises d'au moins cinquante salariés l'obligation de négocier un accord ou un plan d'action en faveur de l'emploi des seniors, est donc maintenue au 1^{er} janvier prochain.

Lors de l'examen du projet de loi de financement, M. Xavier Bertrand et M. Laurent Wauquiez avaient souligné que cette mesure visait avant tout à faire changer les mentalités. C'est pourquoi nous mettons en place, grâce aux services déconcentrés de l'État, l'accompagnement permettant aux entreprises et aux branches de négocier efficacement et utilement ces accords.

Enfin, nous sommes en train de dresser le bilan de la revalorisation des petites pensions agricoles. Il serait prématuré de vous en rendre compte : il faut laisser le temps à cette mesure de produire ses effets – d'autant que, les syndicats agricoles ayant souhaité une entrée en vigueur rapide, nous avons décidé qu'elle s'appliquerait sur demande de l'assuré, et non automatiquement.

Mme Pinville, s'agissant du remplacement du plafond journalier de prise en charge des cotisations sociales des assistantes maternelles au titre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) par un plafond horaire, nous en sommes à l'étape de la concertation. À l'origine, le remplacement devait se faire à taux horaire inchangé : il s'agissait seulement de traduire le taux journalier en taux horaire, ce qui devait être sans conséquence sur les relations contractuelles entre parents employeurs et assistantes maternelles et sur la rémunération de celles-ci. Cependant, des divergences seraient apparues entre les assistantes maternelles et la Fédération nationale des particuliers employeurs sur le nombre d'heures à retenir pour la conversion du taux journalier : neuf heures selon la convention collective, huit suivant le taux actuellement retenu par « Pajemploi ». Cette mesure pourrait donc avoir des conséquences sur la rémunération des assistantes maternelles, notamment sur la part qui est déclarée.

S'agissant de la majoration de 10 % du complément de libre choix du mode de garde, les horaires de travail retenus par le décret comme atypiques sont

les gardes de nuit, entre 22 heures et 6 heures en semaine, le dimanche et les jours fériés. Nous n'avons pas souhaité prendre en compte le travail avant 8 heures et après 19 heures, dans la mesure où, ces horaires pouvant être habituels et communs à beaucoup de personnes, ils ne sont pas à proprement parler atypiques. L'idée était de réserver le bénéfice de la mesure aux personnes qui travaillent dans des conditions spécifiques : travail posté en trois-huit, travail de nuit, travail le dimanche et les jours fériés.

Par ailleurs, le complément de libre choix du mode de garde est versé en cas d'emploi d'une garde à domicile ou d'une assistante maternelle : il n'est donc pas lié aux horaires d'ouverture des structures de garde, pour lesquelles s'applique le barème des participations familiales.

Quant au seuil des 25 heures, il permet d'éviter les effets d'aubaine ou les gardes exceptionnelles, pour lesquelles des arrangements informels sont souvent possibles, et de réserver la majoration de 10 % aux parents qui ont habituellement des horaires de travail atypiques et pour lesquels une solution pérenne doit être trouvée. Ce seuil correspond à trois nuits de huit heures par mois.

Le coût de la mesure pour la branche famille a été estimé à 25 millions d'euros en année pleine. Sachant qu'elle entrera en vigueur au 1^{er} septembre, son coût pour 2009 devrait être très limité.

Enfin, je suis heureuse de vous entendre dire que les parents attendent des équipements plutôt que de l'argent : une fois n'est pas coutume, nous sommes d'accord ! D'ailleurs, ce point est vérifié par une étude du CREDOC, qui montre que 70 % des parents souhaitent des équipements, contre 30 % de nouvelles allocations.

En conséquence, nous avons souhaité proposer une grande diversité de modes de garde sur l'ensemble du territoire. C'est ainsi que les assistantes maternelles sont désormais autorisées à garder quatre enfants, et non trois.

M. le président Pierre Méhaignerie. Cette mesure est-elle automatique ? Il semblerait que certains conseils généraux rechignent à l'appliquer !

Mme la secrétaire d'État. Cette mesure étant inscrite dans la loi et ne nécessitant pas de décret d'application, les départements ne peuvent refuser de l'appliquer. En revanche, les services de la protection maternelle et infantile sont chargés d'accorder les agréments et de vérifier dans quelles conditions les enfants sont accueillis.

Des référentiels concernant les assistantes maternelles ont été élaborés. Nous les présenterons, à l'automne, à l'occasion des journées techniques.

S'agissant des regroupements d'assistantes maternelles, le modèle de convention, qui a fait l'objet d'une très large concertation, est prêt. La convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 que l'État a signée avec la Caisse nationale

d'allocations familiales (CNAF) ne prévoit pas de financement par la branche. Toutefois, je vous rappelle que cette convention prévoit, dans un contexte économique et financier très difficile, un effort d'environ 1,3 milliard d'euros afin de créer 200 000 offres de garde supplémentaires sur l'ensemble du territoire – c'est-à-dire que nous augmenterons de 7,5 % chaque année le Fonds national d'action sociale.

Nous tiendrons notre engagement de développer des modes de garde diversifiés, afin de répondre non seulement aux besoins professionnels des parents, mais aussi aux contraintes des territoires.

En outre, nous avons entrepris d'optimiser les moyens dont nous disposons. À cet égard, je vous rappelle que nous avons signé, avec l'accord de Mme Roselyne Bachelot, un accord national sur les crèches hospitalières visant à assurer une meilleure utilisation de ces infrastructures – qui, pour ne prendre que ce seul exemple, n'étaient occupées qu'à 70 % à Paris.

En conclusion, afin d'aider les parents à mieux concilier leur vie professionnelle et leur vie familiale, nous allons créer 100 000 places de garde collective et 100 000 places auprès des assistantes maternelles, et nous allons lancer un plan métier afin de créer les 60 000 emplois supplémentaires, dont ont besoin les métiers de la petite enfance.

M. le président Pierre Méhaignerie. Si des collectivités locales souhaitent créer des jardins d'éveil, comment s'effectuera la répartition des efforts financiers ?

Mme la secrétaire d'État. Un guide méthodologique, issu d'une large concertation, peut être téléchargé sur le site de la CNAF. En outre, chaque parlementaire recevra dans les prochains jours un CD présentant l'ensemble des modes de garde possibles.

M. le président Pierre Méhaignerie. Mais quelles seront les contributions respectives de la caisse d'allocations familiales, de la collectivité territoriale, de votre secrétariat d'État, voire du ministère de l'Éducation nationale dans le financement des jardins d'éveil ?

Mme la secrétaire d'État. Que les choses soient claires : l'objectif des jardins d'éveil est de développer de nouveaux modes de garde pour la petite enfance, non de remplacer l'école maternelle. Leur expérimentation n'aura aucune conséquence sur l'Éducation nationale. Les jardins d'éveil sont des modules de douze enfants – c'est-à-dire que l'encadrement y est beaucoup plus resserré qu'en maternelle –, que la caisse abonde à hauteur de 3 200 euros, plus 25 % dans les communes où il n'y a pas de solution de garde. En outre, le dispositif est financé par les familles à hauteur de leurs revenus.

Mme Marisol Touraine. M. Woerth, comme nous le supputons dès le mois d'octobre, vous nous annoncez aujourd'hui que les recettes seront en réalité

très inférieures aux prévisions. Pourquoi ne pas retenir des prévisions plus réalistes, quitte à ce qu'elles se révèlent *a posteriori* trop pessimistes ? Cela permettrait d'introduire des mécanismes d'équilibre !

Dans ce contexte, les mesures d'économies ponctuelles ne suffisant plus, on comprend qu'il importe d'engager des réformes structurelles, notamment sur les retraites et l'assurance maladie.

Pourtant, Mme Bachelot, votre politique en la matière semble faire du surplace ! S'agissant de l'évolution des modes de rémunération des professionnels de santé, j'abonde ainsi dans le sens de Jean-Pierre Door. La « rémunération à la performance », que vous évoquez, inclut-elle une rémunération forfaitaire pour les actions de prévention, ou ce dernier point a-t-il été abandonné ? Vous avez deux années de retard : pourquoi tant de lenteur ?

Par ailleurs, nous avons insisté l'année dernière sur la nécessité de renforcer la dotation du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ; vous n'avez pas fait ce choix. Or, ce fonds semble avoir été utilisé pour financer des mesures structurelles, comme la lutte contre les déserts médicaux ou l'expérimentation de nouvelles pratiques médicales. Comment analysez-vous la consommation de ces ressources ?

Vous nous aviez présenté l'instauration des franchises médicales comme une manière de faire évoluer les comportements des assurés. Quel a été leur impact en la matière, indépendamment des éventuelles ressources qu'elles auraient généré ?

Enfin, pourquoi l'État ne prend-il pas en charge les dépenses de vaccination contre la grippe A/H1N1 ?

Mme Morano, j'ai bien entendu que le Gouvernement n'avait pas renoncé à l'échéance de 2010 pour la mise en œuvre du dispositif en faveur de l'emploi des seniors. Toutefois, au-delà de la publication des décrets, avez-vous engagé des discussions avec les représentants des employeurs ? Comme il s'agit d'une mesure non coercitive, elle ne produira des résultats que si les partenaires sociaux y sont associés !

Par ailleurs, la loi de financement pour 2009 a reporté à 70 ans l'âge auquel un salarié peut être mis à la retraite d'office dans le secteur privé. Combien de demandes de prolongation d'activité ont été enregistrées à ce jour ?

Enfin, l'année dernière, dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement, M. Xavier Bertrand avait répondu à Yves Bur que le report de l'âge de départ en retraite, dans le contexte actuel de l'emploi, aboutirait à une diminution des pensions. Sur quel fondement le Gouvernement a-t-il modifié son appréciation ?

M. Guy Malherbe. Concernant l'intégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, qui avait fait l'objet d'un long débat à l'Assemblée et au Sénat, où en sont les expérimentations qui devaient être réalisées depuis le 1^{er} janvier 2009 et donner lieu à un rapport d'évaluation avant le 1^{er} janvier 2010, dans la perspective d'une éventuelle généralisation au 1^{er} janvier 2011 ?

Mme Catherine Lemorton. S'agissant du financement de l'EPRUS et de la lutte contre la pandémie de grippe A/H1N1, je trouve moi aussi pour le moins curieux de solliciter la participation de la CNAM, vu son déficit « abyssal », alors que ce type de veille sanitaire relève du domaine régalién. Cela étant, pouvez-vous nous indiquer le nombre de doses vaccinales commandées par l'État ? Quels laboratoires ont été sélectionnés, sur quels critères, et pour quelle part de marché ? Avez-vous évalué la logistique humaine nécessaire pour la campagne de vaccination ?

M. le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État. En matière d'évolution de la masse salariale, les prévisions doivent tirer les conséquences de la crise. En 2008, nous avions prévu une progression de 4,25 %, révisée à 3,6 % lors de l'exécution du budget. Le projet de loi de financement pour 2009 a été élaboré sur la base d'une prévision de hausse de 3,5 %. Depuis, cette prévision a été révisée à trois reprises : la première fois à 2,75 %, la deuxième fois à 0 %, la troisième fois à - 1,25 %. Le chiffre définitif sera probablement inférieur. Pour les lois de financement de la sécurité sociale, il n'existe pas de collectifs budgétaires : il s'agit de fixer des objectifs financiers. Nous essayons de proposer la prévision la plus juste possible, mais, en ces temps incertains, l'important est d'être réactif, de réviser régulièrement les chiffres et de dire la vérité. C'est ce que nous avons fait cette année, et c'est ce que nous continuerons à faire l'année prochaine.

Mme la ministre de la santé et des sports. En application des règles habituelles de financement de l'EPRUS, le coût des vaccins est supporté à égalité entre l'assurance maladie et l'État. Pour des raisons pratiques, la CNAM avance les fonds, mais, bien entendu, l'État lui remboursera sa part de ces 879 millions d'euros dans le cadre du projet de loi de finances rectificative. Il s'agit d'un système de financement classique.

Nous avons commandé à trois laboratoires, GlaxoSmithKline, Sanofi Pasteur et Novartis, de façon ferme, 94 millions de doses vaccinales, et, de façon conditionnelle, 34 millions. Je ne dispose pas ici du détail des quantités commandées à chacun, mais je vous transmettrai les données dès mon retour au ministère.

Subsistent encore beaucoup d'inconnues. Combien de doses seront effectivement livrées ? Suivant quel calendrier ? Quand obtiendra-t-on les autorisations de mise sur le marché de ces vaccins ? Combien d'injections seront nécessaires pour assurer une immunité suffisante ? La stratégie vaccinale sera

établie courant septembre à partir de ces données, ainsi que de l'observation de l'évolution du virus dans l'hémisphère sud, l'hiver austral favorisant sa diffusion.

Si le virus restait dans l'état de virulence actuel, la vaccination serait proposée à tous les Français qui le souhaitent, probablement par deux injections successives. Toutefois, cette stratégie serait appelée à évoluer, si le virus mutait et devenait plus virulent.

S'agissant des franchises médicales, le rapport intermédiaire d'évaluation du dispositif ne relève aucun impact sur la consommation de soins. En revanche, il note une progression de la consommation des grands conditionnements, ce qui est positif tant du point de vue financier qu'écologique. Le rapport complet sera rendu à l'automne : vous l'aurez à votre disposition pour l'examen du projet de loi de financement pour 2010.

M. Yves Bur. L'avance de 879 millions est-elle destinée uniquement à l'achat des doses vaccinales ?

Mme la ministre. Oui. S'y ajouteront des frais annexes, d'injection et de logistique, que nous sommes en train d'évaluer.

M. Yves Bur. Cela correspond à un prix de 9 euros environ par vaccin. Tous les laboratoires le vendent-ils au même prix ?

Mme la ministre. Non, le prix varie d'un laboratoire à l'autre, suivant les techniques employées et les dates de livraison. Il peut aller jusqu'à 10 euros hors taxes.

M. Yves Bur. On m'a dit que les prix variaient de 4 à 11 euros hors taxes : la différence est de taille ! Il faudra nous donner les informations nécessaires le moment venu, Mme la ministre.

Mme la ministre. N'ayez crainte, M. le rapporteur, je ferai preuve d'une totale transparence.

M. Yves Bur. Il faudra également nous dire si la vaccination sera réalisée par les professionnels libéraux ou dans des centres de vaccination, ainsi que le rôle vous entendez faire jouer aux communes, qui seront des opérateurs de proximité dans la gestion de la crise.

Mme la ministre. M. le Président, ce sujet, très important, ne concerne pas directement la mise en application de loi de financement. Aussi, je propose de revenir devant votre commission, au début du mois de septembre, pour une réunion entièrement consacrée à la pandémie de grippe A/H1N1.

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est entendu, Mme la ministre.

Mme la ministre. En ce qui concerne le FIQCS, le montant de sa dotation nous a permis de faire face aux demandes, même si nous constatons – et je m'en

réjouis – une augmentation de la consommation de crédits en 2009. Cela montre, d'une part, que nos partenaires commencent à faire appel à cet outil et, d'autre part, que les réseaux ou maisons de santé pluridisciplinaires, qu'il finance, se développent. Il faudra être attentif à abonder suffisamment le fonds dans les prochains projets de loi de financement, mais, pour l'instant, sa dotation ne pose aucun problème.

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité. Mme Touraine, l'impact du report de l'âge de la mise à la retraite d'office doit être relativisé en raison du faible nombre de personnes concernées : seulement 30 000 personnes en activité dans le secteur privé sont actuellement âgées de plus de 65 ans. Le nombre de celles ayant demandé à poursuivre leur activité sera calculé. Toutefois, la mesure ne produira pleinement ses effets qu'en 2010, lorsque les exceptions pour certaines branches disparaîtront.

Concernant l'emploi des seniors, nous travaillons en étroite concertation avec les partenaires sociaux, au niveau des branches et des entreprises. Nous avons ainsi écrit à l'ensemble des branches professionnelles et des guides méthodologiques ont été préparés, que nous vous transmettrons dans les prochaines semaines. Par ailleurs, nous bénéficions de l'aide des services déconcentrés de l'État et de l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

M. Malherbe, je le répète : le rapport sur la réintégration des médicaments dans le tarif soins des EHPAD sera remis au Parlement le 1^{er} octobre 2010 – et non le 1^{er} janvier 2010. Les modalités de l'expérimentation sont en cours de finalisation, suite au rapport de M. Pierre-Jean Lancry. Elle débutera le 1^{er} septembre, pour s'achever le 31 août 2010.

M. le président Pierre Méhaignerie. Mme la ministre, Mme la secrétaire d'État, M. le ministre, je vous remercie.

La séance est levée à treize heures quinze.

ANNEXE 1

TABLEAU DE SUIVI DE LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI N° 2008-1330 DU 17 DÉCEMBRE 2008 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009

(au 22 juillet 2009)

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2007		
1 ^{er}	Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2007	Application directe
2	Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités d'affectation des excédents et de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2007	Application directe
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2008		
Section 1 : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale		
3	Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2008	Application directe
4	Objectif d'amortissement rectifié de la caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du fonds de réserve pour les retraites	Application directe
Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses		
5	Rectification des montants des dotations du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	Arrêté du 2 février 2009 (FMESPP) Arrêté du 27 février 2009 (FIQCS) Lettre DSS du 5 janvier 2009 (EPRUS)
6	Revalorisation exceptionnelle de 0,8 % des pensions des salariés, commerçants, artisans et fonctionnaires au 1 ^{er} septembre 2008	Application directe
7	Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche	Application directe
8	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 2009		
9	Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)	Application directe
Section 1 : Reprise de dette		
10	Reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	Décret n° 2008-1375 du 19 décembre 2008 Décret fixant le montant définitif de la reprise de dette à paraître d'ici fin juillet 2009
Section 2 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement		
11	Modification de l'affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement	Application directe
12	Mesures relatives au financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie	Arrêté sur l'affectation du report à nouveau à paraître d'ici fin juillet 2009

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
13	Contribution sur les rémunérations ou gains exclus de l'assiette des cotisations sociales : forfait social	Circulaire DSS/SD5B/2008/387 du 30 décembre 2008
14	Cotisations et contributions sociales sur les rémunérations perçues à l'occasion de la sortie de fonction	Circulaire DSS/DGPD/SD5B/2009/210 du 10 juillet 2009
15	Contributions à la charge des entreprises pharmaceutiques	Circulaire DSS en cours de validation Lettre circulaire ACOSS n° 2009-021 du 11 février 2009
16	Augmentation du tarif des droits indirects sur les alcools par rattrapage annuel de l'inflation	Arrêté du 19 décembre 2008
17	Suppression du FFIPSA	Décret (CE) n° 2008-1495 du 30 décembre 2008 Arrêté interministériel déterminant la répartition des disponibilités du FFIPSA entre les différentes branches du régime de protection sociale des non-salariés agricoles en attente de publication Arrêté approuvant l'arrêt du compte de clôture de liquidation en attente de publication
	Avis de la CCMSA sur les projets de loi et de décret	Décret (CE) n° 2009-521 du 7 mai 2009
	Organisation de la tutelle de la CCMSA	Décret (CE) n° 2009-793 et décret n° 2009-794 du 23 juin 2009
18	Annualité des cotisations en cas de cessation d'activité des chefs d'exploitation en cours d'année	Décret en cours de signature
	Régime social des stagiaires en exploitation agricole	Décret en cours de signature
19	Extension au régime agricole de dispositions applicables au régime général	Application directe
20	Prise en charge des frais de transport domicile-travail	Décret n° 2008-1301 du 30 décembre 2008 et circulaire interministérielle DSS/DGT/5B/2009/30 du 28 janvier 2009
22	Assujettissement des revenus distribués excédentaires des travailleurs non salariés non agricoles	Décret n° 2009-423 du 16 avril 2009 Circulaire publiée d'ici fin juillet 2009
23	Aménagement des règles de compensation des allègements généraux de cotisations sociales	Application directe
24	Cotisation d'assurance maladie majorée sur les revenus imposables à l'étranger	Application directe
25	Dispositions relatives aux institutions de retraite supplémentaire	Circulaire DSS/3C/5B/2009/199 du 30 juin 2009
26	Non-compensation par le budget de l'État des pertes de recettes liées à certains dispositifs	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
27	Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales	Application directe
Section 3 :		
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre		
28	Fixation des prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, du régime général et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	Application directe
29	Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base	Application directe
30	Approbation du tableau d'équilibre du régime général	Application directe
31	Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	Application directe
32	Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	Application directe
Section 4 :		
Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité		
33	Rémunération par l'ACOSS de la trésorerie de tiers	Décret (CE) n° 2009-882 du 21 juillet 2009
34	Bilan de la politique financière des organismes de sécurité sociale	Application directe
35	Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	Application directe
QUATRIÈME PARTIE :		
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2009		
Section 1 :		
Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie		
36	Participation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) aux négociations conventionnelles	Décret (CE) n° 2009-514 du 5 mai 2009 Arrêté du 5 mai 2009
	Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins	Décret et arrêté à paraître d'ici fin juillet 2009
37	Prise en charge des cotisations sociales des chirurgiens dentistes	Application directe
38	Suivi des propositions formulées par le rapport annuel sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie	Application directe
39	Rémunération des enseignants de médecine générale	Application directe
42	Référentiels de prescription et procédure d'accord préalable pour certains actes en série	Application directe
45	Groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés	Arrêté en préparation
47	Dispositif de régulation des prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour et validation de la prescription des médicaments orphelins	Arrêté du 18 février 2009
48	Clarification des prises en charge de certains médicaments administrés en consultation externe à l'hôpital	Arrêté en cours de concertation avec l'AFSSAPS et la DHOS
49	Assouplissement des conditions d'inscription au répertoire des groupes génériques	Application directe
50	Usage obligatoire de la dénomination commune internationale (DCI) pour les prescriptions dans le répertoire des génériques	Application directe
51	Prise en charge des actes et dispositifs médicaux innovants au sein de la dotation MIGAC	Arrêté non encore publié
52	Évaluation de l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
53	Dispositions diverses relatives au financement des établissements de santé	Décret n° 2009-213 du 23 février 2009 Deux décrets en Conseil d'État non encore publiés
54	Expérimentation de facturation directe	Décret et arrêté en préparation, publication envisagée en septembre
59	Extension du champ des mises sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation atypiques	Application directe
60	Intégration de nouvelles données dans les programmes de qualité et d'efficience	Application directe
61	Renouvellement et adaptation des prescriptions médicales d'orthèses plantaires par les pédicures-podologues	Décret en préparation, publication envisagée au cours de l'été 2009
62	Récupération sur les tarifs soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes des dépenses d'assurance maladie indûment prises en charge à titre individuel par un organisme d'assurance maladie	Décret n° 2009-549 du 15 mai 2009
63	Tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux	Décret en Conseil d'État en cours de préparation (publication envisagée en octobre)
64	Intégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	Décret simple et arrêté en cours de préparation (publication second semestre)
65	Financement de la formation des aidants et accueillants familiaux	Arrêté du 3 avril 2009
66	Statut des accueillants familiaux employés dans des établissements publics de santé	Application directe
67	Procédure d'indemnisation à l'amiable par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) pour les victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine – Dotation pour 2009 à l'ONIAM	Décret en Conseil d'État et décret simple en préparation, publication envisagée au cours de l'été 2009
68	Dotations pour 2009 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	Arrêté du 2 février 2009 (FMESPP) Arrêté à paraître au début de l'année 2010 (FIQCS) Textes à paraître au cours de l'été 2009 (EPRUS)
69	Versement d'une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers publics (financement retraite complémentaire)	Arrêté du 23 juin 2009
70	Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	Application directe
71	Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de sa ventilation	Application directe
Section 2 :		
Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse		
73	Revalorisation du minimum vieillesse (I)	Décret n° 2009-473 du 28 avril 2009
	Déconnexion ASPA-ASI (II)	Décrets n° 2008-1509 du 30 décembre 2008 et n° 2008-1555 du 31 décembre 2008
74	Majoration des petites pensions de réversion à partir de 2010 et rétablissement d'une condition d'âge pour la réversion	Décret (CE) n° 2009-788 et décret n° 2009-789 du 23 juin 2009
75	Rapport d'expertise confié au Conseil d'orientation des retraites sur la possibilité de procéder à une réforme systémique du système de retraites par répartition	Application directe
76	Échange d'informations entre les caisses sur les pensions liquidées	Décret en Conseil d'État en préparation, publication début décembre

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
77	Revalorisation des petites retraites agricoles	Décrets n° 2009-173 et n° 2009-174 du 13 février 2009
78	Rachat des périodes d'activité comme aide familiale agricole	Décret n° 2009-599 du 26 mai 2009
79	Revalorisation des pensions de retraite au 1 ^{er} avril de chaque année	Décret n° 2009-292 du 16 mars 2009
80	Recentrage du dispositif du minimum contributif sur les salariés ayant eu de longues carrières faiblement rémunérées	Pour le I de l'article, décret n° 2008-1509 du 30 décembre 2008 (article 7) Pour les II, III et IV de l'article, décret simple en préparation (publication envisagée à l'automne)
81	Calcul de la majoration de pension accordée aux assurés handicapés après application du minimum contributif	Décret en Conseil d'État en préparation
82	Dérogation à la condition d'âge de soixante ans au bénéfice des professionnels libéraux et avocats lourdement handicapés	Décret n° 2009-305 du 18 mars 2009
83	Modification des règles de rachat de trimestres pour l'ouverture du droit à retraite anticipée pour carrière longue	Décret simple en préparation, publication envisagée cet automne
84	Application du principe d'application par génération à la fonction publique pour l'ouverture du droit à la retraite anticipée pour carrière longue	Application directe
85	Prise en compte pour la durée d'affiliation à l'assurance vieillesse des périodes travaillées dans une institution européenne ou une organisation internationale	Décret en Conseil d'État en préparation (publication envisagée cet été)
86	Mise en place d'une validation de trimestres supplémentaires au bénéfice des commerçants et artisans à compter de 2010	Calendrier de mise en œuvre à repenser
87	Application d'une cotisation additionnelle de 1 % en cas d'absence d'accord collectif en faveur de l'emploi des salariés âgés	Décrets n° 2009-560 et n° 2009-564 du 20 mai 2009
88	Libéralisation du cumul emploi-retraite pour les bénéficiaires du taux plein	Application directe
89	Revalorisation de la surcote	Décret n° 2008-1509 du 30 décembre 2008
90	Suppression de la mise à la retraite d'office	Décret n° 2008-1515 du 30 décembre 2008
91	Limite d'âge du service en vol des pilotes de la navigation aérienne civile	Application directe
92	Limite d'âge du service en vol des hôtesses et stewards	Application directe
93	Suppression des clauses couperets dans la fonction publique	Décret en Conseil d'État en préparation, publication envisagée en septembre
95	Suppression de la compensation démographique entre les régimes d'avantages supplémentaires vieillesse des professions libérales	Décret en contreseing à partir du 25 juin, publication en juillet
97	Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2009	Application directe
Section 3 :		
Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles		
98	Amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux	Arrêté du 3 février 2009
100	Maintien des indemnités journalières et prévention de la désinsertion professionnelle	Décret simple en préparation
101	Contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	Application directe
102	Régime de prescription des travailleurs de l'amiante	Application directe
103	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
104	Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2009	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
Section 4 :		
Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille		
105	Financement par la Caisse nationale des allocations familiales d'ici 2011 de l'intégralité des majorations de pensions pour enfants	Application directe
106	Taux de salaire horaire maximum des assistantes maternelles	Décret en préparation
107	Modulation de la prestation de complément de libre choix du mode de garde en cas d'horaires d'accueil atypiques	Décret en contreseing
108	Mesures en faveur des assistants maternels	Modèle de convention type en attente de publication
110	Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2009	Application directe
Section 5 :		
Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement		
112	Contrôle budgétaire de la caisse centrale de mutualité sociale agricole sur les organismes de son réseau	Application directe
Section 6 :		
Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires		
113	Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	Application directe
Section 7 :		
Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude		
114	Fiabilisation des informations utilisées par la branche famille	Arrêté publié d'ici fin juillet 2009
115	Révision de la procédure des pénalités financières	Décret en Conseil d'État au contreseing Circulaire d'application de ce décret en cours de finalisation
116	Récupération de l'allocation de solidarité aux personnes âgées en cas de non-déclaration par le bénéficiaire du transfert de sa résidence à l'étranger	Application directe
117	Lutte contre la fraude sociale et le travail illégal	Circulaire DSS/SC/2009/124 du 15 mai 2009
118	Extension de la procédure de contrainte	Décret en Conseil d'État publié d'ici fin juillet 2009 Circulaire d'application de ce décret à paraître
	Récupération des indus de prestations versées par les caisses d'allocations familiales	Décret n° 2009-881 du 21 juillet 2009
119	Développement des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale	Arrêté non prévu à ce stade Arrangements administratifs négociés entre États déjà conclu avec la Belgique et en voie de conclusion avec le Royaume-Uni
120	Limitation du dispositif de régularisation des arriérés de cotisations pour l'assurance vieillesse	Circulaire en cours de publication

ANNEXE 2

LISTE DES RAPPORTS AU PARLEMENT PRÉVUS PAR LA LOI N° 2008-1330 DU 17 DÉCEMBRE 2008 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2009

- **Article 12** : rapport public annuel, avant le 15 septembre, faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par les organismes visés à ce même I, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du même code, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité

- **Article 23** : rapport annuel retraçant, au titre de l'année précédente, les recettes des impôts et taxes affectés à la compensation des allègements généraux de cotisations sociales et, d'autre part, le montant constaté de la perte de recettes liée à ces allègements

- **Article 34** : rapport annuel, avant le 15 octobre, présentant un bilan de la politique financière d'emprunt ou de placement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes financés par ces régimes ainsi que des organismes et des fonds visés au 8° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale

- **Article 36** : rapport annuel, avant le 15 juin, de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) présentant un bilan détaillé des négociations conventionnelles auxquelles elle a décidé de participer ainsi que de la mise en œuvre des accords qui en résultent

- **Article 52** : rapport présentant, avant le 31 décembre 2009, les conclusions d'une évaluation de l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception et des moyens d'améliorer le remboursement des contraceptifs.

- **Article 53** : rapport annuel, avant le 15 octobre de chaque année jusqu'en 2012, présentant un bilan d'avancement du processus de convergence.

- **Article 64** : rapport présentant, avant le 1^{er} octobre 2010, une évaluation des expérimentations relatives à la prise en charge des dépenses médicamenteuses dans les EHPAD et sur la lutte contre la iatrogénie.

– **Article 75** : rapport du Conseil d’orientation des retraites présentant, avant le 1^{er} février 2010, les modalités techniques de remplacement du calcul actuel des pensions personnelles par les régimes de base d’assurance vieillesse légalement obligatoires, soit par un régime par points, soit par un régime de comptes notionnels de retraite fonctionnant l’un comme l’autre par répartition.

– **Article 108** : étude d’impact de la prestation d’accueil du jeune enfant (PAJE), instituée par l’article L. 531-1 du code de la sécurité sociale, transmise au Parlement avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.