



N° 3799

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 12 octobre 2011.

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° 2010-1594** du 20 décembre 2010
de **financement de la sécurité sociale pour 2011**

ET PRÉSENTÉ

PAR MM. YVES BUR, JEAN-PIERRE DOOR, MME BÉRENGÈRE POLETTI,
M. DENIS JACQUAT ET MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU,

Députés.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I.- LES RECETTES ET LA GESTION DU RISQUE	13
A. LES RECETTES, LE RECOUVREMENT ET LA TRÉSORERIE	15
1. La reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale.....	15
2. Le renforcement des prélèvements sociaux sur les « retraites chapeau »	16
3. Les allègements généraux de cotisations sociales.....	17
4. La sécurisation de la protection sociale en entreprise.....	18
5. L'assujettissement des rémunérations versées par des tiers	18
6. La création d'une cotisation maladie sur les avantages de retraite servis par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires	19
7. L'extension des possibilités de contrôle des URSSAF pour le compte des organismes tiers volontaires.....	19
8. L'amélioration du dispositif de délivrance des attestations dans le cadre de la sous-traitance	20
9. La simplification des formalités sociales des employeurs étrangers sans établissement en France.....	20
10. L'instauration de nouvelles sanctions en matière de contribution sociale de solidarité des sociétés.....	21
11. Les relations entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes certificateurs des autres régimes.....	22
B. LE CONTRÔLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE	22
1. L'adaptation du dispositif de sanctions à l'encontre des établissements de santé qui manquent à leurs obligations en matière de tarification.....	22
2. L'obligation pour les travailleurs indépendants bénéficiant du statut d'auto-entrepreneur de faire une déclaration de revenus aux organismes de sécurité sociale	23

3. L'harmonisation de la jurisprudence des organismes locaux d'assurance maladie en matière de pénalités financières, de sanctions et de mises sous accord préalable.....	24
II.- L'ASSURANCE MALADIE ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL.....	25
A. LE SUIVI DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE.....	30
B. LES CONTRIBUTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE À DIVERS FONDS ET ÉTABLISSEMENTS.....	32
1. Les contributions versées par les régimes d'assurance maladie au titre de l'année 2010.....	32
2. Les dotations versées par les caisses d'assurance maladie au titre de l'exercice 2011.....	32
C. LES SOINS DE VILLE.....	33
1. Le nouveau mécanisme de régulation conventionnelle des dépenses de dispositifs médicaux.....	33
a) <i>Un mécanisme conventionnel de régulation des dépenses de dispositifs médicaux, inspiré des dispositifs applicables aux dépenses de médicaments.....</i>	<i>33</i>
b) <i>Un dispositif appelé à monter en charge à partir de 2012.....</i>	<i>34</i>
2. La généralisation de la rémunération « à la performance » pour les médecins généralistes.....	34
3. La dégressivité de l'indemnité de remboursement due par les médecins qui rompent un contrat d'engagement de service public.....	35
4. Extension à la délivrance des dispositifs médicaux de l'encadrement applicable aux médicaments.....	36
D. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	36
1. Les dispositifs de régulation des dépenses.....	36
a) <i>La procédure de mise sous accord préalable pour les transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation (SSR).....</i>	<i>36</i>
b) <i>La distinction au sein de l'OQN et de l'ONDAM des dépenses afférentes aux catégories d'activités soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie.....</i>	<i>37</i>
c) <i>La procédure de contrôle des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville et prescrits à l'hôpital.....</i>	<i>38</i>
2. Les fonds hospitaliers.....	38
D. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES.....	40
1. Élargissement du champ d'application du régime des pénalités en cas de fraudes aux accidents du travail.....	40
2. Harmonisation des droits à pension pour invalidité.....	40

3. Dispositions d'incitations financières en matière de tarification des accidents du travail dans le secteur agricole	41
<i>a) L'amélioration de l'efficacité des cotisations supplémentaires</i>	41
<i>b) La création d'aides financières simplifiées sous forme de subventions</i>	42
III.- LE MÉDICO-SOCIAL	43
1. L'amélioration des conditions de cumul entre pension d'invalidité servie par le régime général et revenus tirés d'une activité non salariée	43
2. Le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)	44
3. Rapport au Parlement préalable à la correction en fin d'année de l'objectif global des dépenses médico-sociales	44
4. Les modalités de calcul du forfait soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes par les agences régionales de santé	45
IV.- L'ASSURANCE VIEILLESSE	47
V.- LA BRANCHE FAMILLE	49
TRAVAUX DE LA COMMISSION	51
EXAMEN DU RAPPORT	51
ANNEXE : TABLEAU DE SUIVI DE LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI N° 2010-1594 DU 20 DÉCEMBRE 2010 DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011	61

INTRODUCTION

L'article 145-7 du Règlement de l'Assemblée nationale 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 ».

À l'égard de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, c'est bien volontiers que la commission des affaires sociales, comme à l'égard des précédentes lois de financement, se conforme à cette disposition. Elle le fait d'autant plus que la nature même des lois de financement ainsi que leurs conditions d'adoption imposent un contrôle particulièrement attentif sur leur application.

Le seul caractère fondamental des lois de financement, qui définissent les conditions générales de l'équilibre financier des régimes de base de sécurité sociale et comprennent l'essentiel des mesures, de recettes comme de dépenses, permettant d'atteindre cet équilibre, suffirait à justifier l'utilité de l'exercice. Mais, précisément du fait de leurs incidences financières, il est particulièrement important de veiller à l'application de ces lois : leur champ étant presque exclusivement limité aux dispositions ayant une incidence directe sur les comptes de la sécurité sociale, une correcte mise en œuvre de ces dispositions conditionne en partie le respect de l'équilibre des comptes sociaux qu'elles déterminent.

En outre, le fait qu'elles soient obligatoirement discutées au Parlement selon la procédure accélérée ne peut que renforcer le législateur dans son intérêt pour le délai de parution de textes réglementaires visant à appliquer des dispositions adoptées selon une procédure dérogatoire. La parution tardive de certains textes d'application ne peut donc que susciter des interrogations au regard de l'urgence et des délais très tendus qui président chaque année à la discussion de la loi de financement dans notre Assemblée.

Cela étant, l'examen du présent rapport se déroule dans des conditions un peu particulières, en ce sens qu'il a traditionnellement lieu en juin ou en juillet, conformément au délai de six mois prévu par l'article 145-7 du Règlement, et non mi-octobre comme c'est cette fois-ci le cas. En effet, l'ordre du jour de votre commission autant que celui des séances publiques a contraint à reporter ce bilan d'application, alors même que le calendrier de la loi de financement pour 2012 se révèle plus précoce, le projet de loi ayant été adopté en Conseil des ministres le 5 octobre dernier.

Cette situation comporte indéniablement des inconvénients. Débattre encore de 2011 alors que les esprits se concentrent déjà sur l'exercice 2012 pourrait paraître quelque peu décalé. De plus, la comparaison avec les conditions d'exécution des lois de financement précédentes est rendue plus difficile, dans la mesure où le temps dont l'exécutif a disposé pour publier les textes d'application est de moitié supérieur par rapport au moment auquel le bilan est habituellement fait, entre mi-juin et mi-juillet.

Mais ce report n'est pas non plus sans avantages, car il permet de porter une appréciation plus précise sur les dispositions de nature à réellement poser problème, dans la mesure où, dix mois après leur promulgation, elles n'auraient pas encore été mises en œuvre. Surtout, à ce stade de l'année, le Gouvernement, en vertu du 3^o du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, doit avoir déposé, parmi les annexes jointes au projet de loi de financement de la sécurité sociale, l'annexe 3, « *rendant compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale* » de l'année précédente : ce document très complet aura bien évidemment constitué la principale source d'informations à la disposition des rapporteurs.

L'existence de cette annexe explique d'ailleurs sans doute pourquoi les dispositions de l'article 67 de la loi n^o 2004-1343 du 9 décembre 2004 de simplification du droit, qui prévoit qu'« *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*, ne sont plus respectées depuis plusieurs années, du moins en ce qui concerne les lois de financement.

En principe, 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* » : s'il doit certes théoriquement être remis fin juin, sa finalité est satisfaite quelques semaines plus tard par le dépôt de l'annexe 3 susmentionnée. Au demeurant, les rapports présentés les années précédentes se caractérisaient 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.

Jusqu'à l'année passée, l'application des lois de financement était éclairée par un « échancier des décrets d'application », indiquant sous forme de tableau, pour chaque article de la loi de financement devant faire l'objet de décrets d'application, la base légale de ces textes et, selon les cas, les références ou perspectives de parution des décrets. La précision et l'actualisation de ce document, qui était mis en ligne sur le site Internet *Légifrance* mais qui se limitait aux seuls décrets, sans inclure ainsi d'éventuels arrêtés ou circulaires, laissaient sans doute à désirer : il n'en constituait cependant pas moins la principale information

disponible avant l'automne sur l'application de la loi de financement de l'année en cours.

La seule mention de l'application de la loi de financement demeurant sur ce site se trouve dans le tableau semestriel d'application des lois promulguées au cours de la présente législature, qui se contente de rapprocher deux données – le nombre d'articles qui ne sont pas d'application directe et le nombre de ces articles requérant un décret d'application – à partir desquelles est calculé un pourcentage. En l'espèce, au 30 juin dernier, soit plus de six mois après la promulgation de la loi de financement, les décrets d'application n'étaient parus que pour un peu moins d'un tiers des articles concernés.

Enfin, il n'est pas non plus possible de se référer au rapport annuel de la Cour des comptes sur « l'application des lois de financement de la sécurité sociale » : si ce document, publié mi-septembre, apporte une contribution précieuse aux débats sur le financement de la sécurité sociale, à l'intérieur comme à l'extérieur du Parlement, son objet, malgré son intitulé, n'est évidemment pas l'application réglementaire des dispositions législatives, mais, bien au-delà, un panorama complet des comptes et des politiques de sécurité sociale.

En tout état de cause, le présent rapport conserve une indéniable utilité, celle d'agir comme un aiguillon qui stimule des processus dont l'inertie est bien connue. L'expérience montre ainsi que la perspective de l'audition des ministres par notre commission des affaires sociales constitue un levier assez efficace pour débloquer tel ou tel arbitrage ou bien pour accélérer le contreseing et la parution de tel ou tel texte réglementaire qui ne soulève aucun problème de fond. Ce rappel à l'ordre est donc nécessaire, même s'il est empreint d'une certaine compréhension au vu des volumes considérables de textes législatifs et réglementaires que l'appareil politico-administratif doit concevoir et mener à bien.

*

Adopté le 15 octobre 2010 en Conseil des ministres, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a été examiné par notre commission des affaires sociales les 19 et 20 octobre 2010, puis en séance publique du 26 au 29 octobre et le 2 novembre. Après adoption par le Sénat le 16 novembre et réunion de la commission mixte paritaire le 18 novembre, le projet a été définitivement adopté le 24 novembre par notre Assemblée puis le 25 novembre par le Sénat. Il a alors fait l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel, qui s'est prononcé le 16 décembre (décision n° 2010-620 DC). Enfin, promulgué le 20 décembre, il a été publié au *Journal officiel* le 21 décembre 2010.

Sur les 107 articles ⁽¹⁾ de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, seuls trente-cinq 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'une convention. S'ils ne posent pas de problèmes d'application au sens strict des dispositions du Règlement de l'Assemblée nationale, certains des soixante-douze 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 12 octobre 2011, soit plus de dix mois après la publication de la loi, sur les trente-cinq articles exigeant la publication de textes d'application :

- treize n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient ;
- un a fait l'objet d'une application partielle ;
- vingt-et-un ont fait l'objet d'une application complète.

Établi à partir de l'annexe 3 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et des informations fournies par le Gouvernement aux rapporteurs, le tableau annexé au présent rapport donne un aperçu article par article, faisant apparaître que l'amélioration constatée à l'occasion de l'exercice précédent est restée sans lendemain.

*État de la publication des textes nécessaires à l'application
de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011*

Nombre de textes au 12 octobre 2011	Textes d'application nécessaires	Textes publiés		Textes restant à publier
		Nombre	en %	
Décrets en Conseil d'État	10	4	40	6
Décrets simples	18	12	66,7	6
Arrêtés	12	9	75	3
Circulaires, lettres, instructions	8	5	62,5	3
Autres textes	1	0	0	1
Total textes d'application	49	30	61,2	19

Source : Commission des affaires sociales.

Le commentaire de ce tableau est singulièrement compliqué par le fait que, ainsi que cela a été observé ci-dessus, il porte sur une période moitié plus longue que celle à l'issue de laquelle sont habituellement appréciés les taux d'application. On rappellera toutefois qu'au 17 juin 2008, au 22 juillet 2009 et au 7 juillet 2010, le taux de textes publiés se rapportant respectivement aux lois de financement pour 2008, pour 2009 et pour 2010 était de 19,7 %, de 46,6 % et de 21,1 %.

(1) Soit 125 articles desquels il convient de déduire les 18 articles censurés par le Conseil constitutionnel, qui a par ailleurs prononcé une censure partielle de l'article 13.

Autrement dit, l'application de la loi de financement pour 2011, d'un simple point de vue quantitatif, semble meilleure que celle des lois de financement pour 2008 et pour 2010, mais moins satisfaisante que celle de la loi de financement pour 2009. Une fois de plus, et toujours d'un point de vue quantitatif, aucune corrélation ne semble pouvoir être établie entre le taux d'application, d'une part, et le nombre d'articles devant faire l'objet de textes d'application, d'une part, puisque ce nombre a évolué comme suit ces dernières années : 39 (2008), 56 (2009), 39 (2010) et 35 (2011). En outre, même avec un nombre relativement faible d'articles, comme en 2011, la parution de l'intégralité des textes dans un délai de six mois aurait requis la publication d'un texte tous les quatre jours en moyenne.

D'autres facteurs d'explication doivent donc être considérés :

- le degré d'urgence de la parution des textes d'application ;
- les contraintes de la concertation interministérielle ;
- les délais inhérents à l'élaboration des décrets en Conseil d'État ;
- les formalités de consultation préalable, en particulier des conseils d'administration des caisses nationales de sécurité sociale compétentes.

*

Plutôt que de suivre les quatre parties structurant la loi de financement, solution qui se révélerait peu pratique compte tenu de la diversité des dispositions considérées et du fait que le texte a été rapporté par cinq rapporteurs différents, le choix a été fait, comme les années passées, 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), secteur médico-social (III), assurance vieillesse (IV) et branche famille (V).

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 2011 relatives aux recettes, à l'équilibre général, à la trésorerie, à la gestion du risque et à la lutte contre la fraude.

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 objectifs et prévisions pour 2010 (**articles 4 et 5**), de la non-compensation par le budget de l'État des pertes de recettes liées à des dispositifs d'exonération de cotisations sociales (**article 32**), de la fixation des objectifs et prévisions pour les exercices 2011 et suivants (**articles 33 à 38**) ou de l'habilitation accordée aux régimes de base à recourir à l'emprunt (**article 47**), sont évidemment d'application directe.

Par ailleurs, certaines dispositions portant sur les *recettes* sont également d'application directe : l'augmentation du taux de prélèvement sur les stock-options et les attributions gratuites d'actions (**article 11**) ; l'aménagement de la contribution sur les dépenses de promotion des fabricants, importateurs et distributeurs de dispositifs médicaux (**article 12**) ; la modification de la clef de répartition des droits de consommation sur les tabacs et l'aménagement du financement du régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles (**article 13**) ; la clarification du champ des exonérations en matière de services à la personne (**article 14**) et du champ d'assujettissement des praticiens et auxiliaires médicaux (**article 15**) ; la majoration du taux du forfait social (**article 16**) ; l'assujettissement des indemnités de rupture aux cotisations et contributions sociales (**article 18**) ; l'affectation de recettes et les transferts de ressources au profit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) (**article 19**) ; le plafonnement du montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels est applicable à la contribution sociale généralisée (CSG) (**article 20**) ; l'affiliation des loueurs de chambres d'hôtes au Régime social des indépendants (**article 22**) ; la prolongation de l'expérimentation au titre des petites activités d'insertion (**article 23**) ; l'intégration dans l'assiette sociale des non-salariés agricoles des revenus tirés de la mise en location des terres et biens (**article 24**) ; l'ouverture aux partenaires d'un pacte civil de solidarité de la possibilité de déroger à l'assiette forfaitaire en cas de nouvelle installation (**article 25**) ; l'affiliation des bailleurs en métairie (**article 26**) ; le relèvement progressif du plafond de l'aide complémentaire santé (**article 27**) ; la fixation du seuil de déclenchement de la « *clause de sauvegarde* » (« *taux K* ») (**article 28**) ; la minoration des abattement du chiffre d'affaires des médicaments orphelins pour calculer les contributions dues par les grossistes-répartiteurs et les laboratoires pharmaceutiques (**article 29**) ; la suppression de la compensation généralisée maladie (**article 30**) ; la fixation d'un délai maximal pour le remboursement des cotisations indues (**article 42**) ; l'instauration d'une phase transitoire pour la suppression de la déclaration

commune de revenus (**article 43**) ; l'exclusion des contrats « responsables » de l'assiette de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (**article 45**).

Il en va de même en matière de *contrôle* et de *lutte contre la fraude* : la sanction des activités rémunérées pendant les arrêts de travail (**article 114**) ; l'élargissement du droit de communication (**article 116**) ; la vérification de l'identité pour le bénéfice d'une prestation (**article 118**) ; la suppression de la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux ne respectant pas leurs obligations sociales (**article 119**) ; l'extension de l'opposition à tiers détenteur (**article 121**) ; la suppression de l'automatisme des remises de majorations pour travail dissimulé en cas de procédure collective (**article 122**) ; l'articulation du contrôle des URSSAF avec les compétences du Régime social des indépendants (**article 123**) ; la sanction du non-respect de l'obligation de déclarer par voie dématérialisée (**article 124**) ; l'extension aux anciennes allocations composant le minimum vieillesse de la condition de résidence sur le territoire national exigée pour le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (**article 125**).

Toutefois, selon les informations communiquées à vos rapporteurs, certains de ces articles ont fait ou feront l'objet de textes d'application :

– la circulaire DSS/5B/145 du 14 avril 2011 pour l'assujettissement des indemnités de rupture (**article 18**) ;

– un décret simple de toilettage des textes sera pris, dans le cadre de la suppression de la compensation généralisée maladie (**article 30**), dès que les opérations de régularisation de cette compensation au titre de 2010 auront été validées par la commission de compensation ;

– la circulaire DSS/2011/323 du 21 juillet 2011 précise les modalités de mise en œuvre de l'**article 116** et les organismes tiers auprès desquels un droit de communication peut être exercé par les organismes de sécurité sociale. Elle prévoit également que « *l'élargissement du champ des informations susceptibles d'être demandées vise à obtenir des informations afin d'identifier (noms, adresses...) les tierces personnes ayant indûment bénéficié de prestations versées sur les comptes bancaires de personnes qui sont soit décédées, soit vivantes mais ne résidant plus en France et sur les comptes desquelles des prestations sous condition de résidence ont été versées.* » ;

– une circulaire sera prochainement publiée afin de préciser les pièces pouvant être exigées par les organismes de sécurité sociale pour le bénéfice d'une prestation (**article 118**) ;

– une lettre ministérielle du 7 avril 2011 précise la portée de l'**article 125**. Ainsi, l'extension de la condition de résidence sur le territoire national ne s'appliquera qu'aux anciennes allocations composant le minimum vieillesse qui

comportaient déjà une condition de résidence. Dorénavant, l'allocataire devra résider en France depuis plus de six mois, soit 180 jours, sur l'année civile.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 comporte en revanche quinze articles nécessitant, en matière de recettes, de recouvrement, de trésorerie, de contrôle et de lutte contre la fraude, des textes d'application.

A. LES RECETTES, LE RECOUVREMENT ET LA TRÉSORERIE

Dans ces domaines, douze articles appellent des textes d'application. Ils portent sur la reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) (**article 9**) le renforcement des prélèvements sociaux sur les « retraites chapeau » (**article 10**), sur l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales (**article 12**), sur la suppression du panier de compensation des allègements généraux et la réaffectation des taxes qui le composent (**article 13**), sur la sécurisation de la protection sociale en entreprise (**article 17**), sur l'assujettissement des rémunérations versées par des tiers (**article 21**), sur la création d'une cotisation maladie sur les pensions servies par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (**article 31**), sur l'extension des possibilités de contrôle des URSSAF pour le compte des organismes tiers volontaires (**article 39**), sur l'amélioration du dispositif de délivrance des attestations dans le cadre de la sous-traitance (**article 40**), sur la simplification des formalités pour les employeurs étrangers sans établissement en France (**article 41**), sur l'instauration de nouvelles sanctions en matière de contribution sociale de solidarité des sociétés (**article 44**) et sur les relations entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes certificateurs des autres régimes (**article 46**).

1. La reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale

L'**article 9** prévoit notamment la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), dans la limite globale de 130 milliards d'euros, des déficits 2009 et 2010 des branches maladie, vieillesse et famille du régime général ainsi que du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), des déficits prévisionnels 2011 des branches maladie et famille du régime général et, dans le cadre de la réforme des retraites et dans la limite globale de 62 milliards d'euros, des déficits prévisionnels 2011-2018 de la branche vieillesse du régime général ainsi que du FSV.

Le décret n° 2011-20 du 5 janvier 2011 fixant les modalités de reprise par la caisse des déficits cumulés prévisionnels des branches maladie, vieillesse et famille du régime général ainsi que du FSV a fixé à 65,3 milliards d'euros le montant du transfert provisionnel à opérer, en 2011, entre la CADES et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

L'article 1^{er} du décret susmentionné établit l'échéancier comme suit :

Echéancier de la reprise de dette par la CADES

(en millions d'euros)

Versements de la CADES à l'ACOSS		Affectation par l'ACOSS des montants versés par la CADES aux branches et fonds concernés			
Dates	Montants	Régime général			FSV
		Maladie	Vieillesse	Famille	
10/01/2011	5 000	2 217	1 594	465	724
25/01/2011	5 000	2 217	1 594	465	724
09/02/2011	5 000	2 217	1 594	465	724
25/02/2011	3 000	1 330	956	279	435
09/03/2011	5 000	2 217	1 594	465	724
25/03/2011	3 000	1 330	956	279	435
11/04/2011	5 000	2 217	1 594	465	724
21/04/2011	4 000	1 773	1 275	372	580
09/05/2011	10 000	4 433	3 188	930	1 449
27/05/2011	5 000	2 217	1 594	465	724
09/06/2011	5 000	3 621	375	832	172
09/09/2011	4 000	3 244	0	756	0
10/10/2011	4 000	3 244	0	756	0
09/12/2011	2 300	1 865	0	435	0
Total	65 300	34 142	16 314	7 429	7 415

2. Le renforcement des prélèvements sociaux sur les « retraites chapeau »

L'article 10 a pour objet de renforcer les prélèvements effectués sur les retraites dites « chapeau », c'est-à-dire les retraites à prestations définies subordonnant les prestations à achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise, qui relèvent de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale, afin de les rapprocher des prélèvements de droit commun effectués sur les dispositifs plus classiques de retraite supplémentaire.

Deux mesures ont été adoptées :

– la suppression de l'abattement dont bénéficie la taxation « à l'entrée » : les rentes sont désormais assujetties à la contribution de 16 % dès le premier euro ; parallèlement, le versement de la contribution assise sur les rentes a été transféré aux organismes débiteurs des rentes qui doivent désormais l'acquitter pour le compte de l'employeur ;

– la création d'une contribution à la charge des bénéficiaires sur l'ensemble des rentes de retraites « chapeau ». Les plafonds en ont été fixés par la loi de finances pour 2011.

Ces mesures s'appliquent aux rentes versées à compter du 1^{er} janvier 2011.

Les dispositions réglementaires relatives aux modalités de recouvrement de la contribution patronale assise sur les rentes doivent être adaptées par un décret en Conseil d'État pour tenir compte du transfert de la charge du versement aux

organismes débiteurs des rentes et complétées des dispositions nécessaires sur le recouvrement de la contribution à la charge du bénéficiaire. Désormais, les assureurs seront chargés du paiement des contributions aux organismes de recouvrement. Toutefois, ces prélèvements sur le fonds collectif de l'entreprise restent juridiquement à la charge de l'employeur.

Le projet de décret relatif aux modalités de versement et de recouvrement de la contribution mentionnée à l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale a été transmis pour avis au Conseil d'État et devrait être publié à l'automne 2011.

3. Les allègements généraux de cotisations sociales

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a adopté deux mesures importantes concernant la réduction générale (« Fillon ») de cotisations sociales patronales.

D'une part, l'**article 12** annualise leur calcul, afin de remédier à certains effets d'aubaine créés par le dispositif. Le décret n° 2010-1779 du 31 décembre 2010 relatif aux modalités de calcul de la réduction générale de cotisations patronales de sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, qui procède aux aménagements techniques requis, a été complété par la circulaire n° DSS/SD5B/SG/SAF/SDTPS/2011/34 du 27 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de l'annualisation de la réduction générale de cotisations sociales patronales. Par ailleurs, selon les informations communiquées à vos rapporteurs, un décret en Conseil d'État, d'ici la fin de l'année, adaptera cette réforme aux employeurs des régimes spéciaux entrant dans le champ du bénéfice des allègements généraux (marins, mines, clercs et employés de notaires).

D'autre part, l'**article 13** supprime le panier de recettes affecté à la compensation de ces allègements généraux et en réaffecte les taxes qui le composent. Un arrêté du 22 décembre 2010 a fixé les modalités d'imputation de la réduction générale sur les cotisations entrant dans son champ afin que les affectations des exonérations aux différentes branches soient désormais homogènes pour tous les régimes, selon les quote-parts suivantes : maladie (46 %), vieillesse (34,5 %) et famille (19,5 %). Il prévoit également un régime dérogatoire pour la réduction applicable aux cotisations dues au titre des rémunérations versées par les employeurs des régimes spéciaux entrant dans le champ du bénéfice des allègements généraux, laquelle est intégralement imputée sur les cotisations d'allocations familiales. Ensuite, un arrêté du 28 décembre 2010 a fixé les clefs de répartition de la fraction du droit de consommation sur les tabacs désormais affectée aux régimes spéciaux : 35,34 % pour la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français, 36,17 % pour la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, 23,44 % pour l'Établissement national des invalides de la marine, 3 % pour la Caisse

autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et 2,05 % pour la caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens.

4. La sécurisation de la protection sociale en entreprise

L'**article 17** élargit le champ de la contribution spécifique de 8 % sur les contributions des employeurs au financement des systèmes de prévoyance complémentaire aux garanties offertes au bénéfice des anciens salariés et des ayants droit. Il renvoie par ailleurs à un décret en Conseil d'État la définition des critères permettant de définir les catégories objectives pouvant constituer le caractère collectif qui subordonne l'exclusion plafonnée d'assiette des cotisations sociales.

Selon les informations communiquées à vos rapporteurs, le décret, dont le projet a été transmis pour avis aux conseils des caisses nationales de sécurité sociale, serait publié d'ici la fin de l'année.

5. L'assujettissement des rémunérations versées par des tiers

L'**article 21** qualifie de rémunération toute somme ou avantage alloué à un salarié par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ladite personne. En conséquence, ces sommes sont assujetties aux cotisations et contributions sociales, moyennant, le cas échéant, des modalités dérogatoires (versement d'une contribution libératoire de 20 %).

Tout en indiquant que cet article est d'application directe, le Gouvernement n'en précise pas moins que plusieurs textes d'application devraient être prochainement publiés :

– un décret visant à déterminer les informations qui doivent être transmises par la personne tierce à l'employeur ;

– un arrêté répartissant entre les cotisations et contributions sociales les sommes recouvrées au titre de la contribution libératoire et un arrêté fixant le taux de la cotisation d'accidents du travail et maladies professionnelles en cas d'application du droit commun ;

– une circulaire relative aux modalités d'application du dispositif.

Votre rapporteur estime que compte tenu de la relative complexité de ce dispositif destiné à appréhender une matière par essence peu et mal connue, une évaluation, tant du produit encaissé que des procédures mises en œuvre, devra être conduite à l'issue d'une année d'application.

6. La création d'une cotisation maladie sur les avantages de retraite servis par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires

L'**article 31** institue, à l'initiative de cette caisse, une cotisation maladie assise sur les avantages de retraite servis par le régime spécial des clercs et employés de notaires.

Le décret n° 2011-228 du 1^{er} mars 2011 en fixe le taux à 1 %, conformément au souhait exprimé le 18 décembre 2009 par le conseil d'administration de la caisse. Ce taux correspond à celui déjà appliqué en Alsace-Moselle et permet en outre d'assurer l'équité avec la situation des assurés du régime général.

Le produit cette cotisation sera donc de plus de 5 millions d'euros, dans le cadre d'un plan de redressement des comptes du régime qui, augmentant par ailleurs les cotisations salariales et patronales de près de 4 points, vise à dégager 60 millions d'euros par an de recettes nouvelles.

7. L'extension des possibilités de contrôle des URSSAF pour le compte des organismes tiers volontaires

L'**article 39** renforce le système de contrôle et de recouvrement des cotisations par les URSSAF pour le compte d'organismes tiers volontaires.

Ces contrôles sont soumis à la signature de conventions qui règlent les modalités de transmission du résultat des contrôles et la rémunération du service rendu, entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), d'une part, et la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, l'Association des régimes de retraite complémentaire (ARRCO) ainsi que l'Association générale des institutions de retraites des cadres (AGIRC), d'autre part.

Deux conventions datées du 17 décembre 2010 et du 22 mai 2008 entre l'ACOSS, l'UNEDIC et Pôle emploi, qui fixent les modalités de transmission du résultat des contrôles ainsi que leur rémunération, devraient être modifiées. Pour les régimes spéciaux, les dispositions de l'article 39 ont fait l'objet d'avenants aux conventions existantes, sauf pour la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF, pour laquelle une convention est en cours d'élaboration.

Par ailleurs, le III de l'article 39 renvoie à un décret le soin d'encadrer la délégation aux URSSAF du traitement des litiges et contentieux en matière de recouvrement des cotisations sociales et contributions.

Le décret n° 2011-37 du 10 janvier 2011, insérant un nouvel article D. 213-1-3 dans le code de la sécurité sociale, dispose que le directeur de l'ACOSS peut, à son initiative ou à la demande d'une URSSAF, confier à une union faisant

fonction d'interlocuteur unique défini à l'article R. 243-6 du même code, la conduite des actions liées au recouvrement et à toute action contentieuse, tant en demande qu'en défense, à l'encontre des cotisants pour lesquels l'union a été désignée comme interlocuteur unique, quelles que soient la date et l'origine des litiges. Ainsi revient-il au directeur de l'ACOSS de déléguer le traitement des litiges et des contentieux portant sur le recouvrement des cotisations sociales et des contributions.

8. L'amélioration du dispositif de délivrance des attestations dans le cadre de la sous-traitance

L'**article 40** modifie la définition du travail dissimulé et impose aux donneurs d'ordres de vérifier que les entreprises ou personnes avec lesquelles ils contractent s'acquittent non seulement des déclarations mais aussi des cotisations et contributions sociales dues. Pour mémoire, l'article 73 de la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité a élargi l'application de ces dispositions au régime agricole et a précisé les conditions de délivrance des attestations.

Selon les informations communiquées à vos rapporteurs, un projet de décret serait en cours de contreseing.

Il devrait modifier les articles D. 8222-5 et D. 8222-7 du code du travail et créer un article D. 243-15 au sein du code de la sécurité sociale, afin de fixer les modalités de délivrance et le contenu des attestations de cotisations et contributions.

Ce décret devrait instaurer l'obligation d'indiquer le nombre de salariés employés et la masse salariale déclarée sur le dernier bordereau récapitulatif des cotisations de sécurité sociale adressé à l'organisme de recouvrement par le sous-traitant. Ces informations permettront au donneur d'ordre d'apprécier l'adéquation entre le nombre de salariés déclarés et l'ampleur du travail confié.

De plus ce décret supprimera les attestations sur l'honneur sociale et fiscale de conformité avec la réglementation et de dépôt des déclarations produites par le sous-traitant, qui sont sans utilité du point de vue du contrôle et imposent une gestion inutile. Enfin ce décret précisera que les sous-traitants établis à l'étranger devront également transmettre au donneur d'ordres l'équivalent des attestations produites en France, s'ils existent dans le pays de domiciliation.

9. La simplification des formalités sociales des employeurs étrangers sans établissement en France

L'**article 41** comprend diverses mesures techniques visant à simplifier les formalités sociales des employeurs qui ne possèdent pas d'établissement en France et qui y emploient des salariés.

Le dispositif était déjà en application, mais le décret n° 2011-1220 du 29 septembre 2011 relatif au recouvrement des contributions et cotisations sociales dues par les employeurs qui ne sont pas établis en France conforte les modalités réglementaires de son application, en créant dans le code de la sécurité sociale une nouvelle section intitulée « *Modernisation et simplification des formalités au regard des employeurs non établis en France* ». En effet, les dispositions introduites par ce décret précisent que :

– l’organisme de recouvrement du régime général auprès duquel les employeurs non établis en France sont tenus d’adresser les déclarations et verser les cotisations et contributions dues au titre de l’emploi de tout ou partie de leur personnel salarié, c’est-à-dire le Centre national des firmes étrangères (au sein de l’URSSAF de Strasbourg), est l’interlocuteur de ces employeurs pour le recouvrement des contributions et cotisations sociales ;

– les entreprises étrangères peuvent opter pour un mécanisme apparenté au titre emploi-service entreprise (TESE) et les particuliers employeurs non résidents peuvent bénéficier d’un dispositif équivalent au chèque emploi-service universel déclaratif (CESU) ;

– lorsque le particulier employeur opte pour l’utilisation d’un titre-emploi et que le séjour de son salarié en France n’excède pas une durée de trois mois sur une période de six mois, les cotisations et contributions sociales dues au titre de l’emploi de ce salarié peuvent être payées de manière forfaitaire et antérieurement à la période d’emploi ;

– les taux et l’assiette des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs non établis en France et utilisant un titre-emploi sont ceux en vigueur dans le département où travaille le salarié au jour de la réception du volet social.

10. L’instauration de nouvelles sanctions en matière de contribution sociale de solidarité des sociétés

L’**article 44** rend pleinement opérationnelle la procédure de contrôle sur pièces de l’assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S). Il complète les outils de contrôle de l’organisme de recouvrement de la contribution en introduisant deux nouvelles sanctions applicables dans le cadre de la procédure de contrôle de la contribution et aménage les majorations de retard et de paiement de manière à introduire une faculté de modulation.

Le décret n° 2011-700 du 20 juin 2011 portant diverses dispositions relatives à la contribution sociale de solidarité des sociétés procède aux coordinations nécessaires dans la partie réglementaire du code de la sécurité sociale et précise les modalités de modulation des sanctions. En contrepartie, le caractère rémissible des majorations de retard est supprimé.

Ce décret s'est accompagné de la publication d'une circulaire n° DSS/5D/2011/316 le 1^{er} août 2011, qui précise les conditions d'application des majorations précitées ainsi que les critères permettant « *d'orienter le pouvoir de modulation des majorations* » en fonction de la situation personnelle du redevable afin d'encourager le « *civisme déclaratif* ».

11. Les relations entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes certificateurs des autres régimes

L'**article 46** permet la levée du secret des investigations de la Cour des comptes à l'égard des commissaires aux comptes, et réciproquement, une levée du secret professionnel des commissaires aux comptes à l'égard de la Cour, dans le cadre des échanges d'informations rendus nécessaires par la certification des comptes des organismes de sécurité sociale.

Le décret (en Conseil d'État) n° 2011-703 du 21 juin 2011 relatif aux relations entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes et pris pour l'application de l'article L. 141-3 du code des juridictions financières ainsi que l'arrêté du même jour pris pour l'application de ce décret prennent les dispositions d'application requises, notamment pour prendre en compte le recouvrement par les URSSAF des cotisations d'assurance maladie et vieillesse (de base et complémentaires) des artisans et commerçants relevant du Régime social des indépendants ainsi que des cotisations d'assurance chômage et de garantie des salaires (AGS).

B. LE CONTRÔLE ET LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Dans ce domaine, trois articles nécessitent des mesures d'application. Ils portent respectivement sur l'adaptation du dispositif de sanctions à l'encontre des établissements de santé qui manquent à leurs obligations en matière de tarification (**article 115**), l'obligation pour les travailleurs indépendants bénéficiant du statut d'auto-entrepreneur de faire une déclaration de revenus aux organismes de sécurité sociale (**article 117**) et l'harmonisation de la jurisprudence des organismes locaux d'assurance maladie en matière de pénalités financières, de sanctions et de mises sous accord préalable (**article 120**).

1. L'adaptation du dispositif de sanctions à l'encontre des établissements de santé qui manquent à leurs obligations en matière de tarification

L'**article 115** complète l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010, pour préciser que le caractère réitéré des manquements aux règles de tarification et de codage d'une prestation facturée par un établissement de soins est un critère de gravité dans la fixation du montant des sanctions.

Le décret d'application n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé modifie l'article R. 162-42-12 du code de la sécurité sociale pour refondre le barème fixant le montant des sanctions. Le montant maximal de la sanction sera calculé en fonction du taux d'anomalies constaté sur l'échantillon contrôlé. En outre, pour encadrer la proportion entre le montant de l'indu et celui de la sanction, le montant de la sanction sera limité à dix fois le montant résultant de la différence entre les sur-facturations et les sous-facturations constatées sur l'échantillon.

L'article R. 162-42-13 du même code précisera la procédure et prévoira notamment que l'établissement pourra présenter ses observations à une commission de contrôle hors de la phase contradictoire avec le directeur général de l'agence régionale de santé. Par ailleurs, en cas de diminution du montant de l'indu suite à une décision juridictionnelle postérieure à la notification de la sanction, le réexamen du montant de la sanction en fonction du nouvel indu sera possible.

Enfin le décret modifie l'article R. 162-42-11 du même code en prévoyant qu'une unité de coordination transmettra le rapport de contrôle aux organismes locaux d'assurance maladie ayant supporté l'indu, en y précisant le contenu de la notification d'indu.

Par coordination, le décret crée un article R. 133-9-3 au sein du même code prévoyant que, pour le recouvrement de l'indu, les organismes locaux d'assurance maladie procèdent à la compensation entre les surfacturations et les sous-facturations constatées sur l'échantillon contrôlé.

Ce décret devrait être accompagné d'une circulaire à destination des agences régionales de santé, relative au contrôle de la tarification dans les établissements de santé.

2. L'obligation pour les travailleurs indépendants bénéficiant du statut d'auto-entrepreneur de faire une déclaration de revenus aux organismes de sécurité sociale

L'article 117 impose aux travailleurs indépendants bénéficiant du statut d'auto-entrepreneur de déclarer leur chiffre d'affaires ou leurs recettes même lorsque ceux-ci sont nuls.

La loi a fixé au 1^{er} janvier 2011 la date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif, mais son application nécessite la parution d'un décret en Conseil d'État fixant les modalités de sanctions en cas de non-déclaration.

Selon les informations transmises par le Gouvernement à votre rapporteur, ce décret est en cours de préparation. Il sera bientôt soumis à l'avis des organismes de sécurité sociale et publié. Votre rapporteur précise qu'il n'a pu se faire communiquer le projet de ce décret.

3. L'harmonisation de la jurisprudence des organismes locaux d'assurance maladie en matière de pénalités financières, de sanctions et de mises sous accord préalable

L'**article 120** vise à unifier les procédures de pénalités financières, de sanctions et de mises sous accord préalable, appliquées aux bénéficiaires des prestations d'assurance maladie, aux professionnels de santé et aux établissements de santé et médico-sociaux.

Pour ce faire, il soumet à l'avis conforme du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) la notification des pénalités, sanctions ou mises sous accord préalable qu'il revient aux directeurs des organismes locaux d'assurance maladie de prononcer à l'encontre des bénéficiaires des prestations d'assurance maladie, professionnels médicaux ou établissements de santé.

Le décret n° 2011-551 du 19 mai 2011 pris en Conseil d'État, relatif aux procédures de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou de mise sous accord préalable (MSAP) des médecins, a fixé à un mois le délai au-delà duquel l'avis du directeur général de l'UNCAM est réputé conforme, s'agissant de la notification des mises sous accord préalable des médecins.

Un deuxième décret n° 2011-1203 du 27 septembre 2011 modifiant la procédure des pénalités financières prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale apporte la même précision pour les établissements de santé.

Il convient de préciser que, depuis le 1^{er} juillet 2011, date à laquelle les textes réglementaires auraient du entrer en vigueur, l'UNCAM applique d'ores et déjà les dispositions instaurées par l'article 120.

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

● *La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 comporte trente-sept articles relatifs aux dépenses d'assurance maladie et d'accidents du travail et ne concernant pas spécifiquement le secteur médico-social.*

Parmi ces trente-sept articles, vingt-six traitent de l'assurance maladie, et onze des accidents du travail et des maladies professionnelles. Deux des vingt-six articles relatifs à l'assurance maladie appartiennent à la deuxième partie de la loi, qui regroupe les dispositions relatives à l'exercice 2010. Vingt-quatre articles sont placés dans la section 1 « *Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie* » de la quatrième partie de la loi, qui comporte les dispositions de la loi relatives aux dépenses prévues pour l'année 2011. Les onze articles relatifs aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles constituent la section 3 de la quatrième partie de la loi.

● *Dix articles ont été déclarés non conformes à la Constitution*

Dans le texte adopté par le Parlement, la section 1 de la quatrième partie de la loi comportait dix autres articles concernant les soins de ville et les établissements de santé que le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010, a déclarés non conformes à la Constitution, considérant qu'ils n'avaient pas leur place dans la loi de financement de la sécurité sociale car ils constituaient des « cavaliers » soit sociaux, soit organiques.

Au titre des cavaliers sociaux, le Conseil constitutionnel a considéré que certaines dispositions ne trouvaient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale au motif qu'elles « *n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les recettes des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement* ». Il s'agit :

– de l'**article 51**, fixant au 1^{er} juillet 2011 la date d'entrée en vigueur de l'obligation faite aux caisses d'assurance maladie de fournir aux assurés des informations sur les tarifs d'honoraires habituellement pratiqués par les professionnels de santé ;

– de l'**article 56**, disposant que les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) doivent favoriser le développement de modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation ;

– de l'**article 57**, prévoyant que les mêmes schémas doivent organiser le développement des activités de dialyse à domicile ;

– de l'**article 58**, précisant les règles de comptabilisation des licences d'officine pharmaceutique en cas de regroupement de pharmacies ;

– de l’**article 71**, instituant l’obligation pour l’assurance maladie de publier annuellement des données comparatives sur l’évaluation de la pertinence des soins par région.

Le Conseil constitutionnel a également déclaré non conforme à la Constitution l’**article 69**, prévoyant que le rapport au Parlement sur les missions d’intérêt général et l’aide à la contractualisation (MIGAC) des établissements de santé précise les montants d’aide à cette contractualisation attribués à ces établissements au titre des obligations légales et réglementaires spécifiques qui leur incombent. Le Conseil constitutionnel a considéré que cette disposition constituait un « cavalier » social car elle n’avait pas pour objet d’améliorer l’information et le contrôle du Parlement sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale, comme l’autorise le 4° du C du paragraphe V de l’article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

S’agissant des « cavaliers » organiques, le Conseil constitutionnel a considéré que plusieurs dispositions ne trouvaient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale au motif qu’elles empiétaient sur le domaine constitutionnellement réservé à la loi organique. Il s’agit :

– de l’**article 73**, prévoyant que le programme de qualité et d’efficience visé au 1° du III de l’article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche maladie comporte des éléments relatifs à la politique immobilière des établissements de santé ;

– de l’**article 74**, prévoyant que le même programme de qualité et d’efficience présente un bilan et les perspectives des réorganisations internes tendant à améliorer le fonctionnement des établissements publics de santé ;

– de l’**article 75**, prévoyant que ce programme de qualité et d’efficience présente aussi un bilan des actes, prestations et médicaments prescrits dans les établissements de santé et dont le coût pèse sur l’enveloppe de soins de ville ;

– de l’**article 76**, prévoyant que le même programme de qualité et d’efficience présente un bilan du dispositif de la couverture maladie universelle, ainsi que de ses perspectives d’évolution, notamment financières.

● *Vingt-trois des trente-sept articles relatifs à l’assurance maladie ou à la branche accidents du travail – maladies professionnelles sont d’application directe*

Comme chaque année, certaines dispositions de la loi relatives à l’assurance maladie ou aux accidents du travail et aux maladies professionnelles sont de nature purement financière et, par suite, n’appellent pas de mesure réglementaire d’application. Sont ainsi d’application directe :

– l’**article 8**, qui rectifie le montant de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM) pour 2011 et sa ventilation en sous-objectifs ;

– l’**article 89**, qui fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l’ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que pour le régime général ;

– l’**article 90**, qui fixe, pour l’année 2011, les montants de l’ONDAM et de chacun de ses sous-objectifs ;

– l’**article 97**, qui détermine 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 ;

– l’**article 99**, qui fixe la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante (FCAATA) et au Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante (FIVA) ;

– l’**article 102**, qui fixe l’objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour l’année 2010.

Par ailleurs, parmi les dispositions relatives aux dépenses d’assurance maladie ou aux accidents du travail, la loi compte dix-sept autres articles d’application directe :

– l’**article 49**, qui charge la Commission des comptes de la sécurité sociale de présenter chaque année dans ses rapports un bilan d’évaluation du respect des engagements financiers stipulés par les conventions passées par l’assurance maladie avec les professions de santé ; la commission a présenté un tel bilan dans son rapport de juin 2011, faisant apparaître que l’objectif d’économies prévues en 2010 au titre de la maîtrise médicalisée avait été atteint à 85 % ;

– l’**article 50**, qui rend obligatoire une révision périodique, au moins tous les cinq ans, des conditions de prise en charge de tout acte et de toute prestation remboursés par l’assurance maladie ;

– l’**article 54**, qui interdit aux établissements de santé de facturer à leur patient la différence entre le prix d’achat d’un dispositif médical de la « liste en sus » (c’est-à-dire pris en charge par l’assurance maladie en sus des tarifs d’hospitalisation) et son tarif de remboursement. Une disposition similaire existe déjà pour les médicaments ;

– l’**article 59**, qui étend aux médicaments « quasi-génériques », qui ont des propriétés très proches des médicaments princeps sans avoir exactement la même forme pharmaceutique, les règles incitatives de plafonnement des remises et autres avantages commerciaux consentis aux pharmaciens par leurs fournisseurs pour les médicaments génériques ;

– l’**article 60**, qui prévoit, d’une part, que les logiciels d’aide à la prescription intègrent les recommandations et avis médico-économiques de la

Haute Autorité de santé (HAS) et mentionnent l'appartenance des médicaments à des groupes génériques et, d'autre part, que les conventions professionnelles peuvent prévoir des aides à l'acquisition ou à l'utilisation de tels logiciels – ce que l'article 26.1 de la convention médicale du 26 juillet 2011 met en œuvre ;

– l'**article 62**, qui charge le Gouvernement de remettre au Parlement, chaque année avant le 30 septembre, un rapport annuel sur les « franchises » instituées par l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, et sur leurs conséquences sur l'accès aux soins. Il convient de souligner que ce rapport n'a toujours pas été remis aux parlementaires ;

– l'**article 64**, qui a pour objet de reporter à nouveau le déploiement du projet de facturation directe des établissements publics de santé et des établissements de santé privés à but non lucratif et de prolonger ainsi leur mode de facturation dérogatoire jusqu'au 1^{er} janvier 2013.

Si le système de facturation directe permettrait en théorie de mieux répondre aux besoins d'information des organismes d'assurance maladie, dans le cadre de leur politique de gestion du risque et d'analyse des parcours de soins des assurés, de mieux suivre les parcours de soins des assurés entre la ville et l'hôpital et de constituer des bases de données susceptibles de servir de support d'études et de contrôles générateurs d'économies potentielles dans l'avenir, il est en effet apparu des préalables techniques et des éléments de complexité tels qu'il n'a pas semblé réaliste de fixer une date de généralisation avant le début 2013.

Le **II** de l'**article 64** maintient néanmoins l'expérimentation de facturation directe avec des établissements volontaires prévu par l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et dispose qu'« *un bilan de cette expérimentation est transmis pour information au Parlement avant le 15 septembre de chaque année* ».

Il convient de souligner que ce rapport n'a toujours pas été remis aux parlementaires ;

– l'**article 65**, qui a organisé le transfert de l'Établissement français du sang (EFS) à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) de la gestion du contentieux de l'indemnisation des victimes de contaminations par le virus de l'hépatite C ;

– l'**article 66**, qui étend aux sages-femmes le dispositif prévoyant l'intervention de l'ONIAM en cas de dommages causés par un médecin libéral à l'occasion d'un acte lié à la naissance ;

– l'**article 68**, qui tend à modifier la cible de la convergence tarifaire intersectorielle pour optimiser le processus de cette dernière en orientant celle-ci vers les tarifs les plus bas et non plus systématiquement vers ceux du secteur privé. Cette mesure n'appelait pas de texte réglementaire spécifique d'application

et a trouvé sa traduction dans l'arrêté fixant pour l'année 2011 les tarifs de la tarification à l'activité ;

– l'**article 84**, qui vise à permettre à un assuré en arrêt maladie de suivre certaines actions de formation professionnelle ou d'accompagnement vers le retour à l'emploi durant cet arrêt. Pour favoriser leur retour à l'emploi, les assurés, en particulier ceux en congé de longue maladie, pourront, avec l'accord de la caisse, accéder à des actions de formation professionnelle pendant un arrêt de travail pour maladie, sans remise en cause du versement des prestations en espèce ;

– L'**article 87**, qui prévoit la transmission au Parlement avant le 1^{er} octobre de chaque année d'un rapport d'activité du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et d'un avis de sa commission de surveillance, ainsi qu'un bilan d'activité du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) avant le 1^{er} septembre de chaque année.

Votre rapporteur regrette vivement que ni l'un ni l'autre de ces deux rapports d'activité n'aient été transmis ;

– l'**article 92**, allongeant le délai de prescription pour les actions intentées par les victimes de l'amiante devant le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), précisant les conséquences, en matière d'indemnisation des victimes, de la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur et ouvrant aux victimes forcloses la possibilité de faire une nouvelle demande dans les trois ans ;

– l'**article 95**, relatif aux conventions conclues entre les services de prévention des risques professionnels des caisses de sécurité sociale et les services de santé au travail et aux modalités d'échange d'informations utiles aux succès des actions de prévention ;

– l'**article 98**, relatif au financement par le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) des départs anticipés des bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) ;

– l'**article 100**, relatif au financement par la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du dispositif de compensation de la pénibilité ;

– l'**article 101**, fixant à 10 millions d'euros pour l'année 2011 le montant de la dotation de la branche AT-MP au Fonds national de soutien relatif à la pénibilité prévu par l'article 86 de la loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

• *Enfin, la mise en application de quatorze 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 ces quatorze articles ou jugés nécessaires à leur application par le gouvernement s'élève à dix-sept, dont trois décrets en Conseil d'État, quatre décrets simples, six arrêtés et trois instructions ou circulaires ; de plus une convention médicale approuvée par arrêté a également mis en œuvre certaines dispositions de la loi.

Sur ces dix-sept textes, onze ont été pris à ce jour, dont aucun des décrets en Conseil d'État prévus, deux des quatre décrets simples, cinq arrêtés, l'ensemble des circulaires ou instructions et une stipulation conventionnelle approuvée par arrêté.

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 2011 a pris moins de retard que celle de la précédente loi de financement : six mois après la publication de cette dernière, seuls trois des dix-neuf textes réglementaires nécessaires à sa mise en application avaient été publiés, dont aucun des décrets en Conseil d'État prévus, un seul décret simple et deux arrêtés.

Même réduit, un tel retard est d'autant plus regrettable qu'il nuit au respect de l'ONDAM. En effet, la construction de cet objectif intègre des économies censées résulter notamment des mesures nouvelles prévues par la loi de financement. Une publication plus rapide des textes d'application pourrait ainsi contribuer à améliorer le suivi infra-annuel de l'évolution des dépenses d'assurance maladie, ce qui irait dans le sens des mesures proposées récemment par le groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet à la demande du Premier ministre.

A. LE SUIVI DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

Suivant les recommandations formulées par M. Raoul Briet dans un rapport d'avril 2010 présentant les réflexions du groupe de travail qu'il a présidé sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie⁽¹⁾, l'**article 48** a réformé la « procédure d'alerte » instituée par l'article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, codifié à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale.

Cette procédure repose sur l'intervention d'un « comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie », qui est chargé d'examiner en cours d'année si l'évolution de ces dépenses est conforme à l'ONDAM. Si le

(1) Rapport remis au Premier ministre par le groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet, avril 2010.

comité estime que cet objectif risque d'être dépassé de plus de 0,75 %, il a pour mission d'alerter le Parlement, le Gouvernement, ainsi que les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), et d'examiner les « mesures de redressement » que les caisses doivent proposer. De plus, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, dont les dispositions concernées sont codifiées à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, a renforcé cette procédure d'alerte en créant des « stabilisateurs automatiques » : pour limiter les risques de dépassement de l'ONDAM résultant des négociations conventionnelles, elle a notamment prévu la suspension de toute mesure de revalorisation tarifaire lorsque la procédure d'alerte est mise en œuvre.

Dans son rapport, M. Raoul Briet analyse les insuffisances du système de pilotage infra-annuel des dépenses d'assurance maladie, et propose dix mesures pour y remédier.

Dans la lignée de ces recommandations, l'article 48 a procédé à une double extension de la compétence du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie :

– en le chargeant d'émettre dès mi-avril de l'exercice en cours un premier avis public sur « *les anticipations de réalisation* » de l'ONDAM de l'année précédente qui ont servi de base à la construction de l'ONDAM de l'année en cours, alors qu'il ne se prononçait auparavant que le 1^{er} juin ;

– en lui donnant compétence pour contrôler avant le 15 octobre de chaque année les hypothèses retenues par le Gouvernement pour la construction de l'ONDAM pour l'année suivante, et pour formuler, le cas échéant, des réserves.

Le 15 avril 2011, le comité d'alerte a rendu un avis n° 2011-1 dans lequel il analyse la base de construction de l'ONDAM pour 2011. Dans cet avis, le comité souligne que le constat comptable de l'ONDAM pour l'année 2010, fondé sur les comptes des régimes d'assurance maladie, ne pouvait être établi qu'au début du mois de mai, mais que de premières analyses peuvent s'appuyer sur les données statistiques en date de soins, disponibles pour l'ensemble de l'année 2010 et qu'il en ressortait que l'ONDAM avait été respecté en 2010.

Si la mise en œuvre des dispositions de l'article 48 codifiées à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale n'appelait pas de mesure réglementaire, il est à noter que conformément aux recommandations de M. Raoul Briet, le seuil de déclenchement de la procédure d'alerte a été abaissé à 0,7 % de l'ONDAM pour l'exercice 2011, à 0,6 % pour 2012 et à 0,5 % pour les exercices suivants par le décret n° 2011-432 du 19 avril 2011 fixant le seuil de déclenchement de l'alerte en cas de risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

B. LES CONTRIBUTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE À DIVERS FONDS ET ÉTABLISSEMENTS

Comme chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale comprend plusieurs dispositions qui fixent le montant des contributions versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie à divers fonds et établissements pour l'année n, et rectifie le montant de ces dotations pour l'exercice n – 1.

1. Les contributions versées par les régimes d'assurance maladie au titre de l'année 2010

L'article 6 a modifié les montants des participations des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) et du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) :

– cet article a porté la dotation de l'EPRUS de 44 à 170 millions d'euros pour l'année 2010, tout en prévoyant la restitution aux caisses de 331,6 millions d'euros, au motif que les dépenses de l'établissement ont été inférieures aux prévisions au titre de sa programmation triennale 2007 – 2009. Cet article renvoie à un arrêté le soin de fixer la répartition du montant de cette restitution entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie. L'arrêté du 30 décembre 2010 a fixé la répartition de cette restitution et la participation des régimes au financement de l'établissement au titre de 2010 ;

– en application de la règle de déchéance des crédits du FMESPP établie par l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, qui dispose que ces crédits sont déchus s'ils ne sont pas décaissés par la Caisse des dépôts et consignations sous trois ans ou engagés par les agences régionales de santé dans l'année, la dotation du fonds a été réduite de 105 millions d'euros.

2. Les dotations versées par les caisses d'assurance maladie au titre de l'exercice 2011

L'article 85 a fixé les montants des dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie aux fonds et établissements suivants :

– le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), doté de 250 millions d'euros pour un plafond de dépenses fixé à 296 millions d'euros ;

– le FMESPP, pour 347,71 millions d'euros ;

– l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), doté de 10 millions d'euros ;

– les agences régionales de santé, pour 151 millions d'euros ;

– l'Établissement français du sang, qui recevra 35 millions d'euros.

Cet article a aussi fixé à 52 millions d'euros le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des agences régionales de santé.

Un arrêté en date 28 février 2011 a fixé pour 2010 et pour 2011 la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

C. LES SOINS DE VILLE

1. Le nouveau mécanisme de régulation conventionnelle des dépenses de dispositifs médicaux

L'article 52 a institué un mécanisme conventionnel de régulation des dépenses de dispositifs médicaux, en prévoyant la possibilité pour le Comité économique des produits de santé (CEPS) de conclure avec les représentants des fabricants et des distributeurs de dispositifs médicaux des accords-cadres pluriannuels relatifs à l'évolution des conditions de prise en charge de ces dispositifs.

a) Un mécanisme conventionnel de régulation des dépenses de dispositifs médicaux, inspiré des dispositifs applicables aux dépenses de médicaments

Jusqu'alors, le CEPS était compétent pour fixer le prix de chaque dispositif médical – soit par convention avec son exploitant, soit par décision unilatérale – mais il ne disposait pas d'outil de régulation globale du marché des dispositifs médicaux. Or un tel outil est d'autant plus nécessaire que le rythme de progression des dépenses est particulièrement soutenu depuis plusieurs années, avec des taux de croissance atteignant 10 % en 2010, après 6 % en 2009 et 14 % en 2008.

Le nouveau dispositif s'inspire largement des mécanismes de régulation des dépenses de médicament. En effet, depuis 1994 le CEPS conclut avec les représentants des exploitants de médicaments des accords sectoriels pluriannuels fixant le cadre des conventions que le comité passe ensuite avec chaque laboratoire pharmaceutique pour fixer notamment le prix de chaque médicament.

L'article 52 a précisé de façon non limitative le contenu de l'accord-cadre conclu entre le CEPS et les représentants des exploitants, qui devra préciser les conditions dans lesquelles les conventions passées par le comité avec chaque exploitant fixeront :

– les « *modalités d'échanges d'informations* » entre les exploitants de dispositifs médicaux et le CEPS, concernant notamment le « *suivi* » et le « *contrôle des dépenses de produits et prestations remboursables* » ;

– les modalités de mise en œuvre par les fabricants d'études de suivi de l'utilisation de leurs produits en condition médicale réelle, après leur admission au remboursement.

Cet article a aussi défini le régime des pénalités financières dues par les exploitants en cas de manquement à leur obligation de mettre en œuvre des études de suivi en condition médicale réelle.

Il renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer les règles, délais de procédure et modes de calcul de ces pénalités, ainsi que la répartition de leur produit entre les organismes de sécurité sociale.

b) Un dispositif appelé à monter en charge à partir de 2012

L'accord-cadre prévu par la loi n'a pas encore été conclu, mais selon les informations dont dispose votre rapporteur, des négociations ont été engagées entre le CEPS et les principales organisations représentatives des exploitants de dispositifs médicaux, et pourraient aboutir à l'automne 2011.

Selon les informations fournies à votre rapporteur par le Gouvernement, le décret précisant le régime des pénalités financières ferait l'objet d'une concertation avec les représentants des professionnels concernés, et pourrait être publié au quatrième trimestre 2011.

2. La généralisation de la rémunération « à la performance » pour les médecins généralistes

L'article 53 a prévu la possibilité pour les conventions régissant les rapports de l'assurance maladie avec les médecins libéraux et avec les centres de santé de prévoir une rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individuels relatifs à la prescription, au dépistage, à la prévention, aux malades chroniques, à la continuité et à la coordination des soins ainsi qu'à la qualité des pratiques et à la formation des praticiens.

Cette mesure vise à étendre à l'ensemble des médecins conventionnés le mécanisme de rémunération dite « à la performance » mis à l'œuvre avec le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) dont la base légale a été établie par l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Il s'agit d'un contrat que les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés, conforme un contrat-type défini par une décision de l'UNCAM du 9 mars 2009, et ouvrant droit à une rémunération proportionnelle au taux d'atteinte de certains objectifs de santé publique ou de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

L'article 26 de la convention médicale des médecins généralistes et des médecins spécialistes conclue le 26 juillet 2011 entre, d'une part, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et, d'autre part, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le Syndicat des médecins libéraux (SML) et la Fédération française des médecins généralistes (FFMG) tend à généraliser les mécanismes de rémunération « à la performance ». À cette fin, il intègre dans le cadre conventionnel ce mode de rémunération « *valorisant l'activité du médecin dans la prise en charge globale du patient* ».

Cet article précise que ce nouveau mode de rémunération des médecins « *a vocation à s'appliquer dans un premier temps aux médecins traitants, puis à s'étendre à toutes les spécialités* », cette différence de traitement étant justifiée par « *la spécificité de pratique des différentes spécialités cliniques et techniques* » qui nécessite « *d'adapter les indicateurs susceptibles d'être retenus* ». Les commissions paritaires nationale, régionales et locales assureront le suivi du dispositif, et un système d'échange d'informations sera mis en place entre les caisses et chaque médecin, afin que celui-ci dispose des données nécessaires au suivi de ses indicateurs.

La convention médicale du 26 juillet 2011 a été approuvée par un arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et de la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État en date du 22 septembre 2011.

3. La dégressivité de l'indemnité de remboursement due par les médecins qui rompent un contrat d'engagement de service public

L'article 55, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre Commission des affaires sociales et de notre collègue Valérie Boyer, a pour principal objet de rendre dégressif le montant de l'indemnité due par les médecins ou les étudiants en médecine qui veulent se dégager de l'obligation d'exercice stipulée par un contrat d'engagement de service public.

Ce contrat d'engagement de service public a été institué par l'article 46 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « HPST », dont les dispositions ont été codifiées à l'article L. 632-6 du code de l'éducation. Il permet aux étudiants en médecins qui le souscrivent de percevoir une allocation dont le montant brut mensuel atteint 1200 euros, et s'engagent en contrepartie à exercer la médecine dans une zone déficitaire en offre de soins pendant une durée déterminée. La loi « HPST » a prévu la possibilité pour le médecin bénéficiaire d'un contrat d'engagement de service public de se délier de cette obligation d'exercice, moyennant une indemnité égale aux sommes perçues durant l'application du contrat et à une fraction des frais d'études.

L'article 55 a élargi aux étudiants la possibilité, jusqu'alors réservée aux médecins, de se dégager de leurs obligations. Il a aussi prévu que l'indemnité due en contrepartie de la rupture du contrat d'engagement de service public serait

dégressive, au plus égale au montant fixé par la législation antérieure. Il a également précisé les modalités de recouvrement de cette indemnité.

Un arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé et de la ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État en date du 24 juillet 2011 a précisé les modalités de calcul de cette indemnité.

4. Extension à la délivrance des dispositifs médicaux de l'encadrement applicable aux médicaments

L'article 61, inséré par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre Commission des affaires sociales et de notre collègue Valérie Boyer, a institué un dispositif d'encadrement de la délivrance des dispositifs médicaux inspiré de celui applicable aux médicaments.

Il a en effet prévu la possibilité de subordonner le remboursement des dispositifs médicaux et des prestations associées inscrits sur la liste des produits et prestations pris en charge par les caisses d'assurance maladie à deux types de conditions :

- des règles de validité de la prescription ;
- des modalités particulières de délivrance des produits ou d'exécution des prestations.

L'article L. 165-10 du code de la sécurité sociale, inséré par l'article 61, renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de fixer ces conditions de validité et ces modalités. Selon les informations fournies à votre rapporteur par le Gouvernement, ce décret serait en cours d'élaboration et pourrait être publié à la fin de l'année 2011.

D. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Les dispositifs de régulation des dépenses

a) La procédure de mise sous accord préalable pour les transferts vers les centres de soins de suite et de réadaptation (SSR)

L'article 63 a pour objet d'étendre et d'aménager la procédure de mise sous accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie prévue à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale pour les transferts effectués par des établissements de santé publics ou privés vers les centres de soins de suite et de réadaptation (SSR), afin d'orienter le patient de façon optimale.

Le dispositif adopté doit permettre de mieux respecter les recommandations de la Haute Autorité de santé, qui a « listé » les interventions chirurgicales après

lesquelles la rééducation peut être prise en charge uniquement en ville, l'orientation en établissement de SSR devant être réservée aux cas où elle se justifie médicalement, en fonction de l'état de santé du patient, de son degré d'autonomie et de son environnement social. Il est de nature à améliorer l'efficacité du recours aux structures de SSR intégrées aux établissements hospitaliers, en favorisant un report des soins de suite et de réadaptation de l'hôpital vers les soins de ville pour une économie estimée, d'après les études d'impact communiquées par le Gouvernement, à au moins 10 millions d'euros par an.

Afin de juger de l'efficacité de ce nouveau dispositif de régulation des dépenses, le III de l'article 63 dispose qu'« *un rapport est établi et remis au Parlement le 1^{er} octobre 2011 concernant l'évaluation de la mesure d'accord préalable prévu à l'article L. 162-1-17 du même code pour les activités de soins de suite et de réadaptation. Le rapport comporte l'analyse de l'impact sur le parcours de soins et la fluidité de la filière de prise en charge des patients en termes de délais de mise en oeuvre des traitements et des transferts, de qualité de la prise en charge et du rapport bénéfices/risques pour le patient, ainsi que sur le coût de gestion administrative de la mesure pour les établissements concernés, les services des agences régionales de santé et les organismes d'assurance-maladie* ». Ce rapport n'a pas encore été remis aux parlementaires et, d'après les informations recueillies auprès du cabinet du ministre de la santé, ne devrait pas l'être prochainement ;

Le décret d'application n°2011-955 du 10 août 2011 relatif à la procédure contradictoire prévue à l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est venue préciser la procédure contradictoire mise en œuvre par le directeur général de l'agence régionale de santé lorsqu'il décide de mettre un établissement sous accord préalable.

Comme le souligne l'annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 relative à la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, « *la mise sous accord concerne une partie seulement des établissements hospitaliers se situant en dessous de la moyenne régionale pour la réalisation des gestes chirurgicaux ou des actes de rééducation concernés par cette procédure. La décision de mise sous accord préalable d'un établissement ne peut excéder une durée de six mois* ».

b) La distinction au sein de l'OQN et de l'ONDAM des dépenses afférentes aux catégories d'activités soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie

L'article 70 a pour objet, dans l'optique de la prochaine application de la tarification à l'activité aux secteurs de la psychiatrie et à celui des soins de suite et de réadaptation, de distinguer, au sein des composantes du sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), la part relative de ces deux secteurs.

Les deux arrêtés du 28 février 2011 fixant, pour l'année 2011, l'ONDAM mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du même code ont précisé les montants afférents à chacune de ces catégories d'activité. S'agissant de l'ONDAM, 5 825 millions d'euros seront consacrés aux soins de santé et de réadaptation et 8 631 millions d'euros au titre des activités de psychiatrie. Pour l'objectif quantifié national, les chiffres sont respectivement de 1 826 millions d'euros pour les activités de soins de suite et de réadaptation et de 619 millions d'euros au titre de la psychiatrie.

c) La procédure de contrôle des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville et prescrits à l'hôpital

L'**article 72**, vise à codifier et à élargir la procédure de contrôle des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville et prescrits à l'hôpital.

Le champ de la régulation est ainsi étendu aux produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (dispositifs médicaux), à l'exception des dispositifs médicaux implantables, ainsi qu'aux établissements de santé privés.

Le décret n° 2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville a :

– précisé les objectifs et les modalités d'élaboration et de conclusion du contrat entre l'agence régionale de santé et les établissements de santé ;

– défini la procédure et les modalités de sanction dans le cas où l'établissement de santé refuse de signer ce contrat ou ne respecte pas les engagements du contrat ;

– prévu les modalités du reversement éventuel d'une fraction des économies réalisées au-delà des engagements dudit contrat.

2. Les fonds hospitaliers

L'**article 88** tend à tend à renforcer la capacité des agences régionales de santé (ARS) à décider de l'emploi des parts régionales du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et prévoit par ailleurs une contribution du FMESPP aux dépenses des agences.

Le 1° du **I** de l'**article 88** permet au FMESPP de prendre en charge, dans des conditions définies par décret, « *le coût des ressources de conseil, de pilotage*

et d'accompagnement de la mise en oeuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière ».

Le **2° du I de l'article 88** insère dans l'article relatif à ce même fond de nouvelles dispositions confiant aux agences régionales de santé le soin d'attribuer des financements aux fonds consacrés aux dépenses dites « *de ressources humaines* », aux dépenses d'investissements immobiliers, inférieurs à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, et au « *coût des ressources de conseil, de pilotage et d'accompagnement de la mise en oeuvre des actions visant à améliorer la performance hospitalière* » et précise que ces financements peuvent être affectés « *aux actions visées par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale* », relatif aux missions du FIQCS qui a vocation à soutenir l'organisation des soins de ville, réalisant ainsi la « *fongibilité* » des crédits du FMESPP et du FIQCS.

Le **3° du I de l'article 88** améliore le mécanisme de déchéance des fonds non délégués ou non utilisés du FMESPP pour prévoir que les crédits « *déchus* » ne soient pas restitués au fonds, mais aux régimes d'assurance maladie obligatoires.

Le **II de l'article 88** complète l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, relatif aux ressources des agences régionales de santé, par un nouvel alinéa ajoutant à l'énumération de ces ressources « *des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés dans des conditions définies par décret* ».

Le **III de l'article 88** complète le VI de l'article du code de la sécurité sociale relatif au FIQCS, financé par l'assurance maladie, par un alinéa précisant que les aides du fonds déconcentrées aux agences – qui étaient auparavant déconcentrées aux missions régionales de santé – pourront être affectées aux actions du FMESPP mentionnées au nouveau V bis de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, c'est-à-dire aux actions « *de ressources humaines* », aux « *investissements des établissements de santé* » et au financement des « *plans de performance* » de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), réalisant ainsi une « *fongibilité symétrique* » des crédits du FMESPP et du FIQCS.

D'après les éléments d'information figurant dans l'annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, le décret simple nécessaire à l'application du **1° du I** et du **II** serait en cours d'élaboration et devrait être publié d'ici la fin de l'année.

La définition des modalités de mise en œuvre de la fongibilité entre crédits issus du FMESPP et du FIQCS prévu au **2° du I** et au **III** a fait l'objet d'une instruction aux agences régionales de santé, validée par leur conseil national de pilotage du 13 juillet 2011.

La mise en œuvre de cette fongibilité a été conduite de la manière suivante :

– concernant les crédits FMESPP fongibles, ils ont fait l’objet d’une délégation unique par le biais d’une circulaire datée du 22 avril 2011, qui explicite les principes de la fongibilité au sein du FMESPP et entre celui-ci et le FIQCS ;

– les crédits FIQCS fongibles ont été notifiés aux régions par courrier en date du 11 février 2011 en précisant les orientations stratégiques du fonds ;

– enfin, une instruction en date du 25 juillet 2011 relative aux modalités pratiques de mise en œuvre de cette fongibilité inter fonds est venue préciser les modalités de gestion et de suivi des opérations entrant dans le cadre de cette fongibilité.

D. LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES

1. Élargissement du champ d’application du régime des pénalités en cas de fraudes aux accidents du travail

L’**article 93**, relatif à la lutte contre la fraude en matière de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, met en premier lieu à la charge de l’employeur l’ensemble des frais (soins, indemnités journalières, rentes, etc.) dès lors que le salarié victime de l’accident de travail se trouvait en situation de travail dissimulé. Cette disposition, qui complète la législation en vigueur prévoyant déjà ce type de sanction en cas d’emploi d’un travailleur étranger sans titre de séjour ou de travail, ou en cas de défaut de déclaration de l’accident de travail, est d’application immédiate.

Toutefois, l’article 93 étend également le champ d’application du dispositif des pénalités administratives défini à l’article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, afin que les organismes puissent sanctionner les manœuvres déclaratives frauduleuses d’employeurs visant à minorer les taux de cotisations accidents de travail applicables, ce qui nécessite l’édition d’un décret.

D’après les éléments d’information recueillis, ce décret est actuellement en cours de finalisation et devrait être publié d’ici à la fin de l’année 2011.

2. Harmonisation des droits à pension pour invalidité

L’**article 94** harmonise les modes de calcul des pensions d’invalidité servies par les différents régimes et étend en conséquence au calcul des droits à pension la coordination interrégimes en matière d’assurance invalidité.

Jusqu’ici, aucune coordination entre régimes n’étant prévue en matière de calcul des droits à pension d’invalidité, certains assurés ayant relevé de plusieurs

régimes de salariés et de non salariés pouvaient percevoir des pensions calculées sans prise en compte des cotisations versées à d'autres régimes. L'**article 94** complète l'article L. 172-1 du code de la sécurité sociale relatif à la coordination entre régime d'assurance invalidité pour permettre la coordination des conditions de calcul des droits à pension d'invalidité.

Pour être applicable, un décret en Conseil d'État est nécessaire pour décrire les modalités de cette coordination, ce qui nécessite une modification des articles R. 172-16 et suivants du code de la sécurité sociale.

D'après l'annexe 3 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 relative à la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, « *le projet de décret fait actuellement l'objet de travaux complémentaires, notamment d'une consultation juridique. Les régimes concernés ont fait part de contraintes techniques risquant de rendre la mise en œuvre de ce projet délicate. Les solutions visant à résoudre ces difficultés sont à l'étude* ». Selon le cabinet du ministre de la santé, il n'y aurait pour l'instant aucun retour de cette consultation juridique.

3. Dispositions d'incitations financières en matière de tarification des accidents du travail dans le secteur agricole

L'**article 96** modifie le code rural et de la pêche maritime afin d'étendre au régime agricole les dispositifs d'incitations financières à s'engager dans une démarche de prévention des accidents du travail qui ont été introduits, pour les entreprises du régime général, par l'article 74 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

a) L'amélioration de l'efficacité des cotisations supplémentaires

Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent imposer aux entreprises des cotisations supplémentaires, lorsque l'exploitation présente des risques exceptionnels révélés notamment par une infraction aux règles d'hygiène et de sécurité ou lorsqu'elle n'observe pas les mesures individuelles ou collectives de prévention édictées par les caisses.

Afin de renforcer l'efficacité du dispositif, le 1^o du **I** de l'**article 96** ouvre une nouvelle possibilité d'imposer une cotisation supplémentaire sans recourir à la procédure lourde de l'injonction préalable, dès lors qu'une première injonction aura déjà été adressée à cet établissement pour des situations particulièrement graves de risque exceptionnel.

Ces situations de risque exceptionnel doivent être définies par arrêté, l'exposé des motifs précisant que celui-ci sera « *soumis à l'avis du conseil d'orientation des conditions de travail ainsi qu'à celui du conseil d'administration de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole* ».

Par ailleurs, l'expérience ayant montré que ces cotisations supplémentaires conduisaient souvent à des montants financiers très faibles, et donc non incitatifs, le 2° du I de l'article 96 prévoit la fixation d'un montant minimal pour les cotisations supplémentaires. Un arrêté doit déterminer le taux, la durée pendant laquelle elle est due et surtout le montant forfaitaire minimal de la cotisation supplémentaire.

La mise en place d'un montant plancher doit contribuer à accroître l'efficacité des mesures de prévention, l'objectif étant d'augmenter sensiblement le pourcentage des cas dans lesquels l'injonction est suivie d'une mise en œuvre.

b) La création d'aides financières simplifiées sous forme de subventions

Le II de l'article 96 vise à donner une base législative à l'octroi par les caisses de la mutualité sociale agricole d'aides financières simplifiées, sous forme de subventions directes aux entreprises dans le cadre d'enveloppes limitatives.

Ces aides financières en faveur des entreprises qui réalisent des actions de prévention sont simples à mettre en œuvre pour être adaptées au public des plus petites d'entre elles. Elles prennent, en effet, la forme de subventions directes, à la différence des contrats de prévention classiques, qui passent préalablement par des avances financières et nécessitent surtout la signature de conventions nationales d'objectif.

Les entreprises, qui seront éligibles aux programmes nationaux de prévention définis par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, pourront se voir accorder des subventions par une caisse locale, dans des conditions qui doivent être précisées par arrêté.

D'après les éléments d'information recueillis par votre rapporteur auprès du cabinet du ministre, l'arrêté nécessaire à l'application de l'article 96 n'a toujours pas été publié.

III.- LE MÉDICO-SOCIAL

Bien que les articles concernant le secteur médico-social soient placés, dans les lois de financement de la sécurité sociale, au sein des dépenses d'assurance maladie, votre commission a souhaité, compte tenu de la spécificité de ses problématiques, consacrer un rapport particulier à ce secteur.

Six articles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 concernent le champ médico-social, dont deux sont d'application directe :

– l'**article 80**, qui prolonge de deux ans (jusqu'au 1^{er} janvier 2013) l'expérimentation de l'intégration des dépenses de médicament dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

– l'**article 82**, qui permet à un groupement de coopération sociale et médico-sociale de constituer une pharmacie à usage intérieur au bénéfice de ses membres et de faire état de son expérience dans le cadre de l'expérimentation prolongée à l'article 80.

Quatre articles nécessitent de prendre des mesures réglementaires.

1. L'amélioration des conditions de cumul entre pension d'invalidité servie par le régime général et revenus tirés d'une activité non salariée

L'**article 77** modifie les dispositions existantes en matière de cumul de revenus non salariés et d'une pension d'invalidité, en abrogeant l'article L. 341-10 du code de la sécurité sociale, qui fixait les normes relatives à ce cumul.

En effet, les règles qui encadraient la possibilité de cumuler une pension d'invalidité et les revenus de l'assuré différaient selon que ces derniers provenaient d'une activité salariée ou non salariée. Ces règles étaient moins favorables dans le cas de reprise d'une activité non-salariée, le plafond de cumul étant inférieur.

L'article 77 aligne désormais ces règles de cumul sur celles applicables en cas de reprise d'activité salariée, définies par l'article L. 341-12 du code de la sécurité sociale : l'assuré peut à présent cumuler pension et revenus jusqu'au niveau du salaire trimestriel moyen perçu pendant la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité.

Le décret en Conseil d'État n° 2011-615 du 31 mai 2011 relatif à la suspension du service de la pension d'invalidité en cas de reprise d'une activité professionnelle non salariée tire les conséquences de cet article 77 en abrogeant les articles R. 341-16 et R. 341-17 du code de la sécurité sociale. Il détermine un

coefficient de 1,25 pour reconstituer, de façon conventionnelle, un revenu brut tiré de l'activité professionnelle non salariée, comparable au salaire brut antérieur à la mise en invalidité.

2. Le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)

L'**article 78** résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de votre rapporteure. Il vise à prévoir un financement pérenne pour les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) et les groupements d'entraide mutuelle (GEM). Il pose le principe de la compétence des agences régionales de santé sur ces dispositifs n'entrant pas dans la catégorie des établissements et services médico-sociaux, et prévoit les conditions de leur financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

L'article 78 a conditionné les missions des MAIA à un cahier des charges approuvé par le décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011. Ce cahier des charges est publié au Bulletin officiel santé, protection sociale, solidarité.

Leur financement est désormais assuré par une fraction de la cotisation de solidarité pour l'autonomie dans les conditions prévues à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, fraction que la CNSA délègue directement aux agences régionales de santé.

L'arrêté interministériel du 4 mars 2011 fixant pour l'année 2011 la répartition de la contribution de la CNSA au financement des agences régionales de santé au titre des actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées fixe explicitement les montants dévolus aux groupements d'entraide mutuelle (27 millions d'euros) et aux MAIA (11,95 millions d'euros). Une circulaire du 17 mars 2011 précise les modalités de délégation de ces crédits par région ainsi que les conditions de suivi de ces derniers.

Les contributions aux groupements d'entraide mutuelle pour l'année 2011 ont été réparties entre les agences régionales de santé par le directeur de la CNSA dans sa décision du 14 septembre 2011.

3. Rapport au Parlement préalable à la correction en fin d'année de l'objectif global des dépenses médico-sociales

L'**article 79**, issu d'un amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale à l'initiative de notre collègue M. Dominique Tian vise à faire précéder la correction de fin d'année de l'objectif global des dépenses médico-sociales par la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement.

En effet, une correction de cet objectif global des dépenses médico-sociales peut être rendue nécessaire pour prendre en compte les variations

occasionnées par d'éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que par des changements de régime de financement des établissements et services concernés. Ces variations peuvent donner lieu en cours d'année à des opérations de fongibilité entre l'objectif global de dépenses (OGD) et les autres enveloppes constitutives de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Le rapport au Parlement doit faire état de ces opérations de fongibilité. L'année 2011 est le premier exercice de rédaction de ce rapport qui devait être transmis au Parlement pour le 1^{er} octobre. Il devrait lui être adressé dans les jours prochains.

4. Les modalités de calcul du forfait soins des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes par les agences régionales de santé

L'article 81 comporte deux mesures.

La première, d'application directe, permet d'asseoir la compétence juridique des médecins des agences régionales de santé sur le contrôle et la validation des « coupes PATHOS », c'est-à-dire la procédure par laquelle chaque établissement détermine ses besoins en fonction des soins à dispenser à ses résidents.

La seconde modifie les voies de recours en cas de litige sur la validation des évaluations à partir des référentiels AGGIR⁽¹⁾ et PATHOS⁽²⁾ devenues caduques avec la réorganisation territoriale consécutive à la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) créant les agences. Elle donne une base légale à la mise en place de commissions régionales de coordination médicale qui traiteront les recours précontentieux relatifs à ces validations.

Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions régionales de coordination médicale doivent être prévues par le décret en Conseil d'Etat relatif à la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), réforme engagée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Ce décret, attendu depuis le début de l'année 2010, doit permettre de mieux relier les ressources allouées aux établissements aux besoins en soins de leurs résidents ainsi qu'à leur niveau de dépendance, objectivés par des outils d'évaluation désormais bien établis.

La publication de ce décret, retardée dans le contexte du débat sur la prise en charge de la dépendance, est prévue d'ici la fin de l'année 2011.

(1) Le référentiel AGGIR permet l'évaluation du niveau de dépendance à partir de « groupes iso-ressources » (GIR).

(2) L'outil « Pathos » permet l'évaluation du niveau de besoin en soins requis les résidents d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

IV.- L'ASSURANCE VIEILLESSE

Du fait de la discussion en parallèle de la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 comporte peu de dispositions relatives à l'assurance vieillesse.

La section relative aux dépenses d'assurance vieillesse ne comporte que l'**article 91** relatif à l'objectif des dépenses de la branche pour 2011, qui ne nécessite pas de mesure réglementaire d'application.

En revanche, au sein de la section relative aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires, trois articles concernent le financement de l'assurance vieillesse.

L'**article 109** prévoit le transfert au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) du financement d'une fraction du minimum contributif versé par le régime général, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et le Régime social des indépendants. Le montant du transfert est fixé tous les ans par la loi de financement de la sécurité sociale. Ces dispositions ne nécessitent pas de texte réglementaire d'application.

L'article 109 prévoit, pour 2011 une participation du FSV exprimée en valeur, à hauteur de 3 milliards d'euros pour le régime général, de 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et de 100 millions pour le Régime social des indépendants. Ce qui représente à peu près 56 % de la dépense des régimes, selon les données statistiques disponibles.

L'article 60 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 fixe les dépenses prises en charges par le FSV à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

L'article 109 prévoit également le report de l'entrée en vigueur de la réforme du minimum contributif à une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2012. Cette date a été fixée au 1^{er} janvier 2012 par le décret n° 2011-772 du 28 juin 2011 pris pour l'application de l'article L. 173-2 du code de la sécurité sociale et relatif aux conditions d'attribution du minimum contributif.

L'**article 110** est d'application directe. Il étend à la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes la réforme du minimum contributif adoptée au régime général qui prévoit, pour l'attribution de ce minimum, la prise en compte des pensions servies par les autres régimes de façon à en cibler les bénéficiaires sur les retraités ayant les plus faibles revenus.

L'**article 112**, qui fixe les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale, est aussi d'application directe.

V.- LA BRANCHE FAMILLE

Concernant la branche famille, on rappellera tout d'abord, pour mémoire, que dans sa décision n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010, le Conseil constitutionnel a déclaré contraires à la Constitution les articles **105** (expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens hospitaliers travaillant à temps partiel dans les collectivités d'outre-mer), **106** (partage du congé d'adoption entre le père et la mère) et **107** (modalités de versement des allocations familiales en cas de placement de l'enfant dans un service d'aide sociale à l'enfance), au motif que ces dispositions ne trouvaient pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

Par ailleurs, sont d'application directe l'article **108**, qui fixe les objectifs de dépenses de la branche famille, et l'article **103**, qui supprime la possibilité d'une rétroactivité de trois mois de l'effet des aides personnelles au logement (allocation de logement familiale, allocation de logement social, aide personnalisée au logement), pour prévoir que ces allocations seront désormais dues « à compter du mois au cours duquel la demande est déposée ». Selon les prévisions actuelles du Gouvernement, l'impact financier de cette dernière mesure devrait finalement représenter, en 2011, une économie de 175 millions d'euros, contre 240 millions d'euros annoncés à l'automne dernier.

Votre rapporteure regrette que le Gouvernement ait fait le choix, en période de crise, de modifier les conditions d'attribution des aides au logement qui, on le sait, bénéficient en majorité aux foyers modestes. Cette mesure devrait, en effet, principalement pénaliser financièrement deux types de publics : les familles défavorisées qui n'ont pas accès à l'information relative aux prestations et les personnes dont la situation familiale ou professionnelle change brutalement.

Enfin, seul nécessite la publication d'un texte réglementaire l'article **104**, adopté à l'initiative du Sénat, qui prévoit l'ouverture du prêt à l'amélioration de l'habitat prévu par l'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale aux assistants maternels exerçant dans une maison d'assistants maternels.

Le décret n° 2011-975 du 16 août 2011 relatif aux prêts destinés à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant, modifiant les articles D. 542-35, D. 542-36 et D. 542-39 du code de la sécurité sociale et entré en vigueur le 1^{er} septembre 2011, en précise les conditions d'application. Une circulaire se trouve, de plus, en préparation et devrait être publiée cet automne.

Peuvent bénéficier du prêt à l'amélioration de l'habitat les assistants maternels, qu'ils soient ou non allocataires, ayant la qualité de propriétaires, de locataires ou d'occupants de bonne foi des locaux qui constituent le lieu d'accueil de l'enfant. Le montant du prêt est limité à 80 % des dépenses engagées par l'assistant maternel et il ne peut excéder 10 000 euros. Son remboursement doit

s'effectuer sur 120 mensualités au maximum, soit dix ans, exigibles à compter du sixième mois qui suit l'attribution.

Ce prêt doit permettre l'exécution de travaux visant à améliorer le lieu d'accueil, la santé ou la sécurité des enfants gardés par l'assistant maternel. Lorsque ce dernier exerce à son domicile, le prêt peut également faciliter l'obtention, le renouvellement ou l'extension de son agrément. En revanche, les dépenses des travaux de mise aux normes mentionnés à l'article L. 123-1 du code de la construction et de l'habitation ⁽¹⁾ d'une maison d'assistant maternel ne sont pas éligibles à ce prêt.

Selon le Gouvernement, l'extension du prêt à l'amélioration de l'habitat aux travaux de mise aux normes ferait courir un risque financier trop important à l'assistant maternel qui en bénéficierait. En effet, l'assistant maternel qui souhaiterait poursuivre ou reprendre son activité à domicile après avoir exercé en maison d'assistant maternel resterait alors personnellement débiteur d'un prêt sans bénéfice pour son activité alors même que les travaux de mise aux normes s'avèrent très onéreux.

Votre rapporteure se félicite que l'ensemble des assistants maternels, quel que soit leur lieu d'exercice professionnel, puisse ainsi bénéficier du prêt à l'amélioration de l'habitat à des conditions favorables. Elle tient cependant à attirer l'attention du Gouvernement sur le fait que la période de remboursement étant particulièrement longue – près de dix ans – les assistants maternels souhaitant interrompre leur activité en maison d'assistants maternels ou se trouvant momentanément sans employeur, pourraient se trouver dans une situation financière problématique.

(1) L'article L. 123-1 du code de la construction et de l'habitat dispose que « les travaux qui conduisent à la création, l'aménagement ou la modification d'un établissement recevant du public doivent être conformes aux règles de sécurité fixées par décret en Conseil d'État ».

TRAVAUX DE LA COMMISSION

EXAMEN DU RAPPORT

La Commission des affaires sociales entend Mme Valérie Pécresse, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, de M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé, et de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, au cours de sa séance du mercredi 12 octobre 2011.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. En juin et juillet derniers, l'ordre du jour de notre commission et des séances publiques ne nous a pas permis de nous conformer à l'obligation qui nous incombe de procéder à un bilan de l'application des lois six mois après leur promulgation. Mais, alors que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 est déjà d'actualité, nous ne perdons pas de vue la nécessité de veiller à la bonne exécution de la loi de financement précédente.

La loi de financement pour 2011 comportait des dispositions importantes, destinées pour l'essentiel à déterminer les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale. Elles le sont d'autant plus dans le contexte économique actuel, car il faut éviter que les retards dans l'application de certaines dispositions puissent avoir des incidences sur l'équilibre et les comptes.

Le contrôle de l'application des lois de financement est d'autant plus justifié que celles-ci sont adoptées selon des règles spécifiques, notamment le recours à la procédure accélérée. À cet égard, la parution tardive de certains textes d'application ne peut que susciter de notre part, une fois de plus, des interrogations au regard de l'urgence et des délais très tendus qui président chaque année à la discussion de la loi de financement par notre Assemblée.

À l'automne, la préparation d'un tel rapport d'application se déroule dans des conditions quelque peu différentes des périodes ordinaires – c'est-à-dire à la fin du printemps ou au début de l'été. En effet, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 est déjà déposé, il sera très prochainement examiné ici même, et nous disposons donc de son annexe 3 dont la fonction est de rendre compte de la mise en œuvre des dispositions de la loi de financement de l'année précédente. Cela est d'ailleurs heureux : jusqu'à la publication de cette annexe, l'information dispensée par le Gouvernement sur l'application de la loi de financement ne s'est pas améliorée.

D'une part, comme par le passé, la disposition de la loi de 2004 de simplification du droit obligeant le Gouvernement à présenter, six mois après l'entrée en vigueur d'une loi, un rapport sur sa mise en application, n'a pas été

respectée – bien que l'on puisse estimer qu'elle a été satisfaite quelques semaines plus tard par l'annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale.

D'autre part et surtout, aucun « échéancier des décrets d'application » n'a été mis en ligne sur le site Internet Légifrance. Ce document n'était pas nécessairement très à jour mais il a désormais complètement disparu. La loi de financement n'apparaît plus que dans le tableau semestriel d'application des lois promulguées durant la présente législature, qui se contente de donner trois chiffres : au 30 juin dernier, c'est-à-dire plus de six mois après la promulgation de la loi, les décrets d'application n'avaient été publiés que pour un peu moins d'un tiers des articles concernés. Quelques semaines plus tard, les choses ont un peu progressé puisque ce taux, si l'on considère les seuls décrets, atteint désormais 57 %.

Sur les 125 articles de la loi de financement adoptée par le Parlement, 18 ont été censurés par le Conseil constitutionnel. Parmi les 107 articles restants, 72 étaient d'application directe, de telle sorte que seuls 35 articles appelaient la publication d'au moins un texte d'application. Ce chiffre est assez peu élevé, rapporté aux 56 articles de 2009 ou même aux 39 de 2010, alors même que le nombre total d'articles promulgués est supérieur en 2011.

Pourtant, à ce jour, treize de ces 35 articles n'ont fait l'objet d'aucun des textes d'application qu'ils prévoient. Le taux d'exécution s'élève globalement à 61 %, mais il recouvre des situations très différentes selon la nature des textes. Ainsi, sur les dix décrets en Conseil d'État attendus, seuls quatre ont été publiés, ce qui peut sans doute s'expliquer en partie par une procédure d'élaboration plus longue que celle d'un décret simple ou d'une circulaire.

En matière de recettes, de trésorerie, de gestion du risque et de lutte contre les fraudes, l'application de la loi de financement pour 2011 peut être tenue pour satisfaisante, mais il est vrai que beaucoup de dispositions de nature financière sont ici d'application directe.

Qu'en est-il, toutefois, du régime introduit par l'article 21, à savoir l'assujettissement des sommes ou avantages reçus de tierces personnes dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle ?

Par ailleurs, l'article 117 prévoyait que les travailleurs indépendants bénéficiant du statut d'auto-entrepreneur devaient déclarer leur chiffre d'affaires ou leurs recettes même lorsque ceux-ci sont nuls. Aucun décret n'est paru à ce jour et nous ne connaissons pas les intentions du Gouvernement. Pourriez-vous nous en dire davantage ?

Enfin, quels sont les effets de l'article 120 sur les pénalités financières appliquées aux établissements de santé ? Disposez-vous d'un bilan de ces pénalités pour 2010 et 2011 ?

S'intéresser à l'application de la loi de financement de l'année précédente est une bonne chose, mais il faut aussi continuer à surveiller celle des lois de financement des années antérieures : certaines de leurs dispositions, pourtant très pertinentes, ne sont pas encore en application. C'est le cas de l'article 24 de la loi de financement pour 2009, qui prévoit une cotisation d'assurance maladie majorée sur les revenus imposables des non-salariés à l'étranger. Cette mesure de justice était aussi une mesure de recettes, même modestes – 5 millions d'euros. Mais voilà, le diable va parfois se nicher dans les détails, puisque les non-salariés déclarent leurs revenus sur la base d'un document CERFA, la déclaration commune de revenus, dont le modèle est établi par un arrêté qui n'a pas été modifié depuis 2009. Quand un arrêté viendra-t-il adapter ce document afin que la disposition votée en 2008 soit enfin réellement appliquée ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. L'article 52 de la loi de financement pour 2011, qui définit un régime de pénalités financières dues par les exploitants de dispositifs médicaux en cas de manquement à leurs obligations, renvoie à un décret en Conseil d'État qui doit en fixer les modalités d'application. Quand ce décret sera-t-il pris ?

Par ailleurs, les rapports concernant les franchises et leurs conséquences sur l'accès aux soins, l'évaluation du dispositif de régulation des dépenses par le recours aux centres de soins de suite et de réadaptation, le bilan de l'expérimentation de la facturation directe avec des établissements de santé volontaires et le bilan financier du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), prévus respectivement aux articles 62, 63, 64 et 87, n'ont toujours pas été transmis au Parlement. Ces informations nous manquent pour l'examen du projet de loi de financement pour 2012.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le secteur médico-social. L'article 79, issu d'un amendement de Dominique Tian adopté en première lecture par l'Assemblée nationale, vise à faire précéder la correction de fin d'année de l'objectif global de dépenses médico-sociales par la remise par le Gouvernement d'un rapport public au Parlement, qui doit notamment faire état des opérations de fongibilité entre l'objectif global de dépenses et les autres enveloppes constitutives de l'ONDAM. Ce rapport devait être transmis avant le 1^{er} octobre, mais nous ne l'avons pas reçu à ce jour.

S'agissant de la loi de financement pour 2009 et de l'article 81 de la loi de financement pour 2011, le décret sur la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements médico-sociaux a été plusieurs fois reporté, en raison notamment de l'hostilité de certaines fédérations d'établissements. Comptez-vous le publier avant la fin de l'année 2011, comme il est indiqué dans l'annexe 3 au projet de loi de financement pour 2012, ou le reporter encore en attendant les résultats de l'expérimentation concernant l'introduction d'une part

liée à la performance dans le forfait soins, prévue à l'article 37 du projet de loi de financement de la sécurité sociale ?

M. Denis Jacquat rapporteur pour l'assurance vieillesse. Du fait de la discussion en parallèle de la loi portant réforme des retraites, la loi de financement pour 2011 a comporté très peu de dispositions relatives à l'assurance vieillesse. Les quatre articles étaient d'application directe et ils ont été appliqués : cela doit être porté au crédit du Gouvernement.

L'article 109 prévoit le transfert au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) du financement d'une fraction du minimum contributif versé par le régime général, la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI). Il ne nécessite pas de texte réglementaire d'application, mais le montant du transfert doit être fixé tous les ans par la loi de financement de la sécurité sociale. L'article 12 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 établit ce montant à 3,4 milliards d'euros pour le régime général – contre 3 milliards en 2011 –, 400 millions pour la MSA et 100 millions pour le RSI.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille. En ce qui concerne la branche famille, seul l'article 104, relatif aux prêts destinés à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant par les assistants maternels, nécessitait un décret d'application. Ce décret a été publié le 16 août 2011, soit dix mois après le vote de la loi.

Parallèlement, l'article 103 a supprimé la rétroactivité de l'effet des aides au logement. À l'automne dernier, le Gouvernement escomptait une économie de 240 millions d'euros, dont 120 millions pour la branche famille. Or, selon une première évaluation, l'économie ne serait que de 175 millions d'euros en 2011. Ce montant est-il susceptible de se réduire encore ?

La loi de financement pour 2011 a également transféré 0,28 point de CSG de la branche famille vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Je tiens à dénoncer la fragilisation de la structure des recettes de la branche qui en résulte. En effet, deux ressources non pérennes lui ont été affectées en compensation, ce qui rend nécessaire une nouvelle modification, dès 2013, du montage financier : on prévoit d'attribuer à la branche le produit de la taxe sur les véhicules terrestres à moteur, mais a-t-on évalué à combien s'élèverait ce produit ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Je le dis souvent à la Conférence des présidents : la multiplication des lois, des réglementations et des rapports ne facilite pas la compréhension de la vie publique par nos compatriotes. Nous devons y réfléchir !

Mme Valérie Pécresse, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État. Cette audition est pour nous un aiguillon qui nous rappelle à notre devoir d'efficacité et de responsabilité.

Sur les cent sept articles que comporte la loi de financement pour 2011, trente appelaient la publication d'un décret d'application et douze de ces décrets sont encore en attente de publication. En d'autres termes, 89 % des articles sont aujourd'hui appliqués. Cela peut paraître insuffisant, mais certains textes ont nécessité une concertation approfondie avec les acteurs pour que leur mise en œuvre se fasse dans les meilleures conditions. En tout état de cause, tous les décrets seront publiés d'ici à la fin de l'année.

Dans le champ dont j'ai la charge, à savoir les recettes, l'équilibre général, la trésorerie et la lutte contre la fraude, seize textes d'application étaient nécessaires. Nous en avons pris onze à ce jour. Les cinq restants sont finalisés et paraîtront avant la fin de l'année.

En matière de recettes, nous avons publié très rapidement les textes nécessaires à la mise en œuvre des mesures les plus urgentes. Ont été ainsi publiés, le 31 décembre 2011 pour le décret et le 27 janvier 2011 pour la circulaire, les textes d'application de l'annualisation des allègements généraux de cotisations sociales. Le décret d'application de l'article 9, relatif à la reprise de dette par la CADES, a été pris le 5 janvier 2011.

Quant aux textes restant à prendre dans ce domaine, le fait qu'ils ne soient pas encore parus n'occasionnera pas de perte de recettes pour la sécurité sociale.

Pour ce qui est de l'article 10, qui prévoit un renforcement des prélèvements sur les retraites « chapeau », un décret en Conseil d'État doit préciser les modalités de recouvrement. Il sera complété par un arrêté ayant le même objet. Après une longue concertation avec les assureurs et les entreprises, le conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et le Conseil d'État seront saisis dans les prochains jours. La publication est prévue cet automne mais le délai de parution, j'y insiste, ne provoquera aucune perte de rendement car, si le décret tend à mettre en conformité avec la loi les échanges d'information et les modalités de recouvrement, la loi est d'application directe pour ce qui est des taux de contribution.

En ce qui concerne l'article 17, le Parlement a souhaité sécuriser le dispositif de protection sociale complémentaire en entreprise. Un décret en Conseil d'État est nécessaire pour définir les critères objectifs permettant de déterminer une catégorie de salariés. Après une longue concertation, Xavier Bertrand et moi-même venons de finaliser un projet de texte qui sera soumis dans les prochains jours à l'avis des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale. La publication interviendra également cet automne.

L'article 21, enfin, porte sur les rémunérations versées par les tiers. Un décret simple est nécessaire pour définir les contenus des échanges entre l'entreprise tierce et l'employeur du salarié. L'article prévoit, en effet, l'assimilation à des rémunérations et l'assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes ou avantages reçus de tierces personnes dans le cadre de l'exercice

d'une activité professionnelle. Le décret sera accompagné de deux arrêtés et d'une circulaire. L'ensemble a fait l'objet d'une longue concertation avec les représentants des entreprises afin de simplifier au maximum le dispositif. Ces textes seront publiés ce mois-ci. Il n'y aura pas non plus de perte de recettes puisque les entreprises ayant versé des sommes ou avantages acquitteront la contribution ou les cotisations au début de 2012.

J'en viens aux dispositions relatives au recouvrement et à la trésorerie, pour lesquelles il ne manque que le texte d'application de l'article 40. Cet article, introduit par un amendement du sénateur Alain Vasselle, vise à améliorer le dispositif de délivrance des attestations dans le cadre de la sous-traitance : il s'agit, pour le donneur d'ordres, de vérifier que le sous-traitant est à jour de ses obligations de déclaration et de paiement. Ces dispositions ont été modifiées depuis par la loi du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité. Le champ d'application en a été élargi au régime agricole, et les conditions de délivrance des attestations ont été précisées dans le code de la sécurité sociale. Le décret d'application a été soumis aux conseils d'administration des caisses de sécurité sociale concernée durant l'été 2011. Il est en cours de contreseing.

Les dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude correspondent à un engagement fort du Gouvernement. Un seul texte d'application n'a pas encore été publié. Les textes d'application concernant les sanctions et les pénalités dans le champ de l'assurance maladie l'ont été après avoir fait l'objet d'une concertation approfondie. Le dernier texte à prendre concerne l'article 117, qui prévoit une obligation de déclaration de revenus pour les auto-entrepreneurs, même en l'absence de chiffre d'affaires. Cette disposition importante, dont il ne faut plus différer la mise en œuvre, a fait l'objet de nombreux échanges entre les administrations et les ministères du budget et de l'économie. Le décret en Conseil d'État pour fixer les pénalités et majorations à appliquer en cas de retard ou de défaut de déclaration est en cours de finalisation. Je m'engage à ce qu'il soit publié avant la fin de l'année.

Enfin, plusieurs textes réglementaires qui ne sont pas directement des textes d'application sont néanmoins indispensables à la réalisation des économies prévues dans la construction de l'ONDAM. La création du comité de pilotage de l'ONDAM permet de suivre tous les mois l'avancement des économies et de tirer le signal d'alarme dès qu'un retard est pris. Les textes permettant de réaliser des économies, comme ceux qui prévoient la baisse du taux de remboursement de certains médicaments ou de certains dispositifs médicaux, ont donc été publiés rapidement. Par ce moyen, nous pouvons anticiper un respect de l'ONDAM en 2011, comme cela a déjà été le cas en 2010.

Nous serons encore plus réactifs l'année prochaine. Le projet de décret en Conseil d'État modifiant le calcul des indemnités journalières a d'ores et déjà été adressé aux caisses de sécurité sociale en vue d'une publication avant la fin de

l'année, ce qui démontre notre détermination à respecter l'ONDAM en 2012, pour la troisième année consécutive.

S'agissant de l'article 120 de la loi de financement pour 2011, monsieur Bur, la procédure d'avis conforme du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) n'est en vigueur que depuis juillet 2011. Il est donc difficile d'en mesurer dès maintenant les effets. Au cours de l'exercice 2010, l'assurance maladie a prononcé 1 132 pénalités financières – contre 560 en 2009 –, dont 378 à l'encontre de professionnels de santé, 722 d'assurés et 32 d'employeurs, pour un montant global de 1,4 million d'euros.

Quant à l'article 24 de la loi de financement pour 2009, qui tend à faire acquitter aux personnes qui exercent une activité professionnelle à la fois en France et à l'étranger, sur la partie de leurs revenus non imposables en France, une cotisation d'assurance maladie d'un taux particulier, il est d'application directe. Ce taux – 12 % pour les travailleurs indépendants et 18,3 % pour les salariés – est fixé par les articles D. 612-4 et D. 242-3 du code de la sécurité sociale.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, de l'emploi et de la santé.
C'est le droit du Parlement de demander des rapports mais, je le dis franchement, il est très compliqué de répondre à toutes les demandes en temps et en heure. Le rapport d'activité du FIQCS, par exemple, a été validé par le comité national de gestion le 14 septembre, mais on n'a pu le présenter au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins que le 6 octobre. Il est normal que le Gouvernement rende compte au Parlement, mais il faut être conscient de la masse considérable de travail que cela représente.

J'en viens au bilan des pénalités en 2010 et 2011.

En 2010, les contentieux à l'encontre des établissements se sont traduits par 367 notifications d'indus et 213 notifications de sanctions financières, à la suite des contrôles de la campagne 2009 pour l'essentiel. Toutes campagnes confondues, le taux de recouvrement global des indus notifiés est de 75,5 %. Cela représente 127,4 millions d'euros notifiés.

Nous avons également travaillé avec la direction de la sécurité sociale sur le contrôle de la T2A et mandaté une mission de l'INSEE pour valider la méthodologie de contrôle par échantillonnage. Un décret en Conseil d'État, en date du 1^{er} octobre 2011, révisé le barème de sanctions, notamment pour garantir la proportionnalité entre indus et sanction et éviter des situations comme celle où s'est retrouvé l'hôpital de Dijon.

Nous menons également une concertation pour préparer une circulaire d'application visant à réduire l'hétérogénéité des pratiques. Le contrôle de la T2A doit se fonder sur des bases saines garantissant le respect du quota et reflétant la véritable activité des établissements. On corrigera par ce moyen tant la sous-facturation que la surfacturation.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre des solidarités et de la cohésion sociale. Mme Clergeau m'interroge sur l'article 104, qui prévoit que les assistants maternels puissent bénéficier, en remplacement du prêt à l'amélioration à l'habitat (PAH), d'un prêt à l'amélioration du lieu d'accueil (PALA), quel que soit le lieu d'exercice de leur activité, à domicile ou au sein d'une maison d'assistants maternels.

La loi de financement pour 2010 avait constitué un précédent en prévoyant d'ouvrir le prêt à l'amélioration à l'habitat aux assistants maternels exerçant à domicile. Dans le prolongement de cette mesure et pour tenir compte de la création des maisons d'assistants maternels, l'article 104 a élargi le prêt à l'amélioration du lieu d'accueil à l'ensemble de cette profession.

Il s'agit d'un prêt à taux zéro financé par la branche famille, remboursable en 120 mensualités maximum, qui permet de financer 80 % des travaux visant à améliorer l'accueil, la santé ou la sécurité des enfants dans la limite d'un montant plafond de 10 000 euros, contre un peu plus de 1 000 euros pour le prêt à l'amélioration de l'habitat. Lorsque l'assistant maternel exerce à son domicile, le prêt peut également faciliter l'obtention, le renouvellement ou l'extension de son agrément.

Le décret d'application ayant été publié le 18 août 2011, le prêt à l'amélioration du lieu d'accueil est d'ores et déjà entré en vigueur depuis le 1^{er} septembre 2011. Une circulaire destinée à rappeler les modalités de versement de ce prêt est sur le point d'être transmise aux caisses d'allocations familiales, en charge de l'instruction des demandes et du versement.

Au sein d'une maison d'assistants maternels, seuls les travaux destinés à améliorer le lieu d'accueil des enfants ouvriront droit au prêt à l'amélioration du lieu d'accueil. Les travaux de mise aux normes nécessaires pour l'ouverture de la maison ne pourront être financés par ce dispositif. Il a semblé, en effet, préférable que de tels travaux soient supportés prioritairement par les collectivités locales, dont la compétence en matière d'agrément des assistants maternels est pleine et entière. J'ai souhaité prévenir les situations dans lesquelles l'assistant maternel qui voudrait poursuivre ou reprendre son activité à son domicile resterait alors personnellement débiteur d'un prêt sans bénéfice pour son activité. J'ai en effet tout à fait conscience que les travaux de mise aux normes sont onéreux, alors même que les revenus des assistants maternels sont, en règle générale, modestes.

Bref, madame la députée, il est trop tôt pour mesurer l'impact de l'ouverture de ce prêt aux assistants maternels exerçant en maisons d'assistants maternels.

S'agissant de l'article 103, l'estimation à 240 millions d'euros en 2011, dont 120 millions pour la branche famille, des économies résultant de la limitation à trois mois de la rétroactivité du versement des aides personnelles au logement a

été ramenée à 175 millions, dont 87,5 millions pour la branche famille. Il n'y a pas lieu de réviser ce nouveau chiffrage.

Madame Poletti, vous m'avez interrogée sur l'article 79, qui institue le principe d'un rapport public annuel fourni au Parlement avant le 1^{er} octobre. Pour les raisons fort bien soulignées par M. Xavier Bertrand, nous avons un peu de retard et je vous prie de m'en excuser.

Voici néanmoins quelques éléments du contenu de ce rapport concernant les mouvements de fongibilité entre sous-objectifs de l'ONDAM affectant les dépenses médico-sociales.

Hors opérations de fongibilité consécutives à la transformation juridique et financière d'établissements et aux mouvements de périmètre entre sous-objectifs de l'ONDAM, on peut constater des variations élevées dans le montant transféré, liées principalement au fort impact du processus de partition des capacités des unités de soins de longue durée (USLD). Sur les trois années de réalisation de cette partition, 726 millions d'euros ont été transférés au profit du secteur médico-social.

Par ailleurs, 86 % des montants transférés au profit du secteur des personnes handicapées proviennent de l'objectif sanitaire relatif aux activités de psychiatrie, soit environ 80 millions d'euros depuis 2006.

Nous voulons que les opérations de transformation s'inscrivent désormais de manière plus affirmée dans une démarche de structuration de l'offre de soins. L'année 2011 n'a connu aucune nouvelle modification de périmètre des sous-objectifs liée à des changements de règles de tarification. Des mouvements avaient auparavant touché le sous-objectif « soins de ville » et, principalement, le sous-objectif « personnes âgées » pour le financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

D'ici à 2013, nous devons étudier une éventuelle réintroduction des médicaments dans la dotation soins des EHPAD. Est également en perspective le passage à l'option tarifaire globale des EHPAD, qui correspond à la réintégration dans la dotation soins des postes de dépenses relatifs aux rémunérations des médecins généralistes, des auxiliaires médicaux et des actes de radiologie et de laboratoire.

Telle est l'architecture de ce rapport qui vous sera remis très prochainement.

Les articles 80 et 82 de la loi de financement pour 2011, qui prévoient respectivement le prolongement pour deux ans de l'expérimentation de la réintégration des médicaments et la possibilité de constituer un unique groupement de coopération sociale et médico-sociale pour disposer d'une pharmacie à usage intérieur partagée, sont d'application directe et ne nécessitent aucun texte réglementaire.

Sur ce sujet, la mission de l'inspection générale des affaires sociales va installer un comité de pilotage et s'applique à organiser une remontée des données des établissements expérimentateurs pour l'année 2011 – 260 sur 276, à l'origine.

L'agence régionale de santé de Haute-Normandie a par ailleurs transmis un dossier de demande d'expérimentation d'une pharmacie à usage intérieur partagée entre quatre établissements de Rouen.

J'en viens à la publication du décret relatif à la tarification en EHPAD. Cette tarification est aujourd'hui déterminée en fonction d'une valeur de point fixée nationalement, ainsi que du niveau de dépendance des résidents et de leurs besoins en soins, évalués à partir des référentiels AGGIR et PATHOS. Elle présente de ce fait un caractère quasi automatique, ce qui ne permet ni de refléter la réalité ni d'adapter les ressources allouées en fonction de la qualité de la prise en charge dispensée. C'est pourquoi nous continuons de travailler sur ce sujet en expérimentant une meilleure prise en compte de la qualité dans la détermination de la ressource des établissements. Pour l'instant, ces expérimentations sont circonscrites à trois à cinq agences régionales de santé et ciblées sur des établissements en tarif partiel. L'incitation à y participer, et donc à adhérer au principe d'une modulation de la dotation soins, se traduira par la possibilité d'octroyer un financement complémentaire dans des conditions fixées par un cahier des charges national, en parallèle d'une étude nationale de coûts relative aux EHPAD. Une fois ce travail accompli, nous pourrions faire paraître le décret.

M. le président Pierre Méhaignerie. Pour conclure, je vous invite, mes chers collègues, à consulter le rapport intitulé « *Panorama de la société 2011 – Les indicateurs sociaux de l'OCDE* ». Il ressort de ce document que c'est en France que les dépenses sociales publiques sont le plus élevées. En vingt-cinq ans, nous avons consacré à ces dépenses 6,1 points de PIB de plus alors que cette augmentation se limitait à 2 points dans la majorité des pays. Une partie de la dette provient de cette forte progression. Plutôt que de demander plus, nous devrions nous consacrer à faire mieux. La différence entre les régions peut s'élever à 40 % une fois corrigé l'effet vieillissement. Le travail du Parlement serait d'une bien plus grande qualité s'il était centré sur l'efficacité des dépenses et sur l'effort de justice plutôt que sur l'accroissement permanent des dépenses.

ANNEXE

**TABLEAU DE SUIVI DE LA MISE EN APPLICATION
DE LA LOI N° 2010-1594 DU 20 DÉCEMBRE 2010
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2011 ⁽¹⁾**

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009		
1 ^{er}	Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2009	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 2009	Application directe
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2010		
<i>Section 1 : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</i>		
3	Ajustement de la contribution des organismes d'assurance maladie complémentaire aux dépenses liées à la campagne de vaccination H1N1	Application directe
4	Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2010	Application directe
5	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
<i>Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses</i>		
6	Application du plafonnement légal de la participation des régimes d'assurance maladie obligatoire à certaines dépenses de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) – Rectification des dotations 2010 de l'assurance maladie obligatoire à l'EPRUS et au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	Arrêté ministériel du 30 décembre 2010 fixant la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de la restitution comptable par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires des dotations non utilisées sur la période 2007-2009 et de leur participation au financement de l'établissement au titre de 2010.
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) pour l'année 2010	Application directe

(1) Les articles ne figurant pas dans ce tableau ont été déclarés non conformes à la Constitution par le Conseil constitutionnel.

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2011		
<i>Section 1 : Reprise de dette</i>		
9	Reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale	Décret n° 2011-20 du 5 janvier 2011 fixant les modalités de reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits cumulés prévisionnels des branches maladie, vieillesse et famille du régime général ainsi que du Fonds de solidarité vieillesse
<i>Section 2 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement</i>		
10	Renforcement des prélèvements sur les retraites « chapeau »	Projet de décret transmis pour avis aux conseils des caisses nationales compétentes ainsi qu'au Conseil d'État (publication prévue à l'automne 2011)
11	Majoration du taux des contributions sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites	Application directe
12	Annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales	Décret n° 2010-1779 du 31 décembre 2010 relatif aux modalités de calcul de la réduction générale de cotisations patronales de sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale Circulaire n° DSS/SD5B/SG/SAF/SDTPS/2011/34 du 27 janvier 2011 relative à la mise en œuvre de l'annualisation de la réduction générale de cotisations sociales patronales
13	Affectation des recettes du panier de compensation des allègements généraux de cotisations sociales à la sécurité sociale	Arrêté du 22 décembre 2010 fixant les modalités d'imputation de réduction de cotisations patronales prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale sur les cotisations entrant dans son champ Arrêté du 28 décembre 2010 fixant les clés de répartition de la fraction du droit de consommation sur les tabacs affectée aux régimes spéciaux de sécurité sociale
14	Précision sur le champ des exonérations relatives aux services à la personne	Application directe
15	Clarification du régime des cotisations maladie dues par les professionnels médicaux et paramédicaux	Application directe
16	Augmentation du forfait social	Application directe
17	Prestations complémentaires de retraite et de prévoyance	Publication d'un décret en Conseil d'État envisagée durant le dernier trimestre de 2011

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
18	Limitation de l'exonération de cotisations applicable aux indemnités de rupture	Application directe
19	Recettes affectées au fonds de solidarité vieillesse dans le cadre de la réforme des retraites	Application directe
20	Encadrement du montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels de 3 % est applicable à la CSG	Application directe
21	Assimilation à des rémunérations et assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes ou avantages reçus de tierces personnes dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle	Projet de décret transmis pour avis aux conseils des caisses nationales concernées Deux arrêtés et une circulaire en préparation (Publication de l'ensemble de ces textes envisagée pour octobre 2011)
22	Clarification de l'activité de loueur de chambre d'hôtes	Application directe
23	Prolongation de l'expérimentation de l'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité réduite	Application directe
24	Prise en compte dans les revenus professionnels des non-salariés agricoles des revenus tirés de la mise en location des terres et des biens conservés dans le patrimoine privé et utilisés pour les besoins de leur activité professionnelle	Application directe
25	Transfert de la qualité de chef d'exploitation entre personnes liées par un pacte civil de solidarité	Application directe
26	Absence d'obligation d'assurance pour les bailleurs à métayage	Application directe
27	Relèvement du plafond annuel de ressources pris en compte pour l'accès à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé	Application directe
28	Modification du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde (« taux K »)	Application directe
29	Plafonnement du chiffre d'affaires des médicaments orphelins ouvrant droit à des abattements de l'assiette de certaines contributions	Application directe
30	Suppression de la compensation généralisée d'assurance maladie	Application directe
31	Instauration d'une cotisation sur les avantages de retraite servis par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN)	Décret n° 2011-228 du 1 ^{er} mars 2011 relatif à la cotisation sur les avantages de retraite servis par la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
32	Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales	Application directe
<i>Section 3 : Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre</i>		
33	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

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
34	Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes de base	Application directe
35	Approbation du tableau d'équilibre du régime général	Application directe
36	Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	Application directe
37	Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au fonds de réserve pour les retraites	Application directe
38	Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)	Application directe
<i>Section 4 : Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité</i>		
39	Extension des possibilités de contrôle des URSSAF pour le compte d'organismes tiers volontaires	Décret n° 2011-37 du 10 janvier 2011 relatif à l'attribution d'une mission de recouvrement à une union faisant fonction d'interlocuteur unique Avenants ou conventions en cours de conclusion avec les organismes concernés
40	Attestations dans le cadre de la sous-traitance	Décret en cours de contreseing
41	Simplification des formalités applicables aux employeurs étrangers en matière sociale	Décret n° 2011-1220 du 29 septembre 2011 relatif au recouvrement des contributions et cotisations sociales dues par les employeurs qui ne sont pas établis en France
42	Délai de remboursement des cotisations indues	Application directe
43	Aménagement de la déclaration commune des revenus des travailleurs indépendants	Application directe
44	Instauration de nouvelles sanctions en matière de recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés	Décret n° 2011-700 du 20 juin 2011 portant diverses dispositions relatives à la contribution sociale de solidarité des sociétés Circulaire N°DSS/5D/2011/316 du 1 ^{er} août 2011 relative aux majorations applicables à la contribution sociale de solidarité des sociétés
45	Calcul de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés	Application directe
46	Échanges d'information dans le cadre de la certification des comptes des organismes de sécurité sociale	Décret en Conseil d'État n° 2011-703 du 21 juin 2011 relatif aux relations entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes et pris pour l'application de l'article L. 141-3 du code des juridictions financières Arrêté du 21 juin 2011 pris pour l'application du décret n° 2011-703 du 21 juin 2011
47	Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2011		
<i>Section I :</i> <i>Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie et au secteur médico-social</i>		
48	Renforcement du rôle du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie	Décret n° 2011-432 du 19 avril 2011 fixant le seuil de déclenchement de l'alerte en cas de risque sérieux de dépassement de l'ONDAM.
49	Information du Parlement sur le bilan financier des conventions conclues par les professionnels de santé avec l'assurance maladie	Application directe
50	Révision dans les cinq ans d'un acte nouvellement inscrit à la classification commune des actes médicaux	Application directe
52	Accords-cadres conclus entre le comité économique des produits de santé et les représentants des fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux	Décret en Conseil d'État en cours de préparation
53	Rémunération des médecins à la performance	Arrêté ministériel du 22 septembre 2011 approuvant la convention médicale du 26 juillet 2011.
54	Protection du patient en cas de différence de prix entre le tarif de remboursement des dispositifs médicaux et leur prix de vente aux établissements	Application directe
55	Dégressivité de l'indemnité de remboursement de l'allocation reçue au titre du contrat d'engagement de service public	Arrêté ministériel du 24 juillet 2011 précisant les modalités de calcul de l'indemnité due en contrepartie de la rupture au contrat d'engagement de service public
59	Substitution des « quasi-génériques »	Application directe
60	Intégration des recommandations et avis médico-économiques de la Haute Autorité de santé dans les logiciels d'aide à la prescription certifiés	Application directe
61	Extension à la délivrance des dispositifs médicaux de l'encadrement applicable aux médicaments	Décret en Conseil d'État en cours de préparation, pour une publication prévue à la fin de l'année 2011.
62	Date de remise au Parlement du rapport sur les franchises médicales	Application directe
63	Conditions de la mise sous accord préalable des séjours en soins de suite et de rééducation prescrits par des établissements de médecine, chirurgie, obstétrique	Décret n°2011-955 du 10 août 2011 relatif à la procédure contradictoire prévue à l'article L. 162-1-17 Circulaire N°DGOS/R1/2011/154 du 22 avril 2011 relative à la répartition entre les régions des crédits du FMESPP
64	Prolongation de la procédure dérogatoire de facturation des hôpitaux	Application directe
65	Procédure d'indemnisation des victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
66	Extension aux sages-femmes du régime d'intervention de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) en cas de dommages causés par des médecins libéraux à l'occasion d'un acte lié à la naissance	Application directe
68	Modification de la convergence tarifaire intersectorielle	Application directe
70	Identification des parts liées à la psychiatrie et aux soins de suite ou de réadaptation	Arrêté du 28 février 2011 fixant, pour l'année 2011, l'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale Arrêté du 28 février 2011 fixant, pour l'année 2011, l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale
72	Évolution des dépenses de médicaments remboursés sur l'enveloppe de soins de ville et prescrits à l'hôpital	Décret n°2011-453 du 22 avril 2011 relatif à la régulation des dépenses de médicaments et de la liste des produits et prestations résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville
77	Cumul des revenus d'une activité non salariée avec une pension d'invalidité servie par le régime général	Décret (en Conseil d'État) n° 2011-615 du 31 mai 2011 relatif à la suspension du service de la pension d'invalidité en cas de reprise d'une activité professionnelle non salariée
78	Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer et Plan d'aide à l'investissement	Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.
79	Rapport au Parlement préalable à la correction en fin d'année de l'objectif global des dépenses médico-sociales	Application directe
80	Prolongation de l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins	Application directe
81	Procédure d'évaluation de la perte d'autonomie	Publication du décret en Conseil d'État sur la tarification des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes reportée depuis 2010 et attendue pour la fin 2011
82	Pharmacies à usage intérieur dans les groupements de coopération sanitaire	Application directe
84	Actions de formation professionnelle continue ou d'accompagnement vers le retour à l'emploi durant un arrêt maladie	Application directe
85	Dotations pour 2011 des régimes obligatoires d'assurance maladie à divers établissements publics	Arrêté du 22 février 2011 fixant la répartition pour 2010 et 2011 entre les régimes obligatoires d'assurance maladie de leur participation au financement du FMESPP.

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
87	Transmission au Parlement du bilan d'activité du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – Fongibilité des crédits des parts régionales du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – Utilisations diverses de ressources de l'assurance maladie	Application directe
88	Fongibilité des crédits des parts régionales du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés et du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – Utilisations diverses de ressources de l'assurance maladie	Décret en cours d'élaboration (publication envisagée à la fin de l'année 2011) Circulaire N°DGOS/R1/2011/154 du 22 avril 2011 relative à la répartition entre les régions des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)
89	Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	Application directe
90	Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et de ses sous-objets	Application directe
<i>Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse</i>		
91	Objectif de dépenses de la branche vieillesse	Application directe
<i>Section 3 : Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles</i>		
92	Allongement du délai de prescription des actions devant le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	Application directe
93	Lutte contre la fraude en matière de déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	Décret en cours de finalisation (publication envisagée à la fin de l'année 2011)
94	Harmonisation des droits à pension pour invalidité	Décret en Conseil d'État (consultation juridique en cours)
95	Conventions entre les services de prévention des risques professionnels des caisses de sécurité sociale et les services de santé au travail	Application directe
96	Dispositions d'incitations financières en matière de tarification des accidents du travail dans le secteur agricole	Arrêté pas encore publié
97	Versement de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles	Application directe
98	Financement par le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) des départs anticipés des bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)	Application directe
99	Contribution au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	Application directe
100	Financement par la branche AT-MP du dispositif de compensation de la pénibilité	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
101	Contribution de la branche AT-MP au Fonds national de soutien relatif à la pénibilité	Application directe
102	Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles	Application directe
<i>Section 4 : Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille</i>		
103	Suppression de la rétroactivité des aides au logement	Application directe
104	Ouverture du prêt à l'amélioration de l'habitat aux assistants maternels travaillant en maison d'assistants maternels	Décret n° 2011-975 du 16 août 2011 relatif aux prêts destinés à l'amélioration du lieu d'accueil de l'enfant Circulaire en préparation
108	Fixation des objectifs de dépenses de la branche famille	Application directe
<i>Section 5 : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires</i>		
109	Transfert au fonds de solidarité vieillesse du financement d'une fraction du minimum contributif versé par le régime général, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole et le régime social des indépendants	Décret n° 2011-772 du 28 juin 2011 pris pour l'application de l'article L. 173-2 du code de la sécurité sociale et relatif aux conditions d'attribution du minimum contributif
110	Minimum contributif du régime des cultes	Application directe
112	Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale	Application directe
<i>Section 7 : Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude</i>		
114	Pénalisation de l'exercice d'activités rémunérées pendant les arrêts maladie	Application directe
115	Sanctions en matière de tarification à l'activité	Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé Circulaire en préparation
116	Droits des agents de contrôle de la sécurité sociale d'obtenir des informations permettant de lutter contre la fraude profitant à des tiers	Application directe
117	Obligation de déclaration de revenus pour les auto-entrepreneurs	Décret (en Conseil d'État) en cours de contreseing
118	Possibilité pour les agents de contrôle de la sécurité sociale de demander le passeport et le titre de séjour des allocataires	Application directe
119	Prise en charge des cotisations des professionnels de santé par l'assurance maladie	Application directe

Article	Objet du dispositif	Textes d'application
120	Limitation des sanctions dues par les établissements de santé en cas de manquement aux règles de facturation	Décret en cours de contreseing Décret (en Conseil d'État) n° 2011-551 du 19 mai 2011 relatif aux procédures de fixation d'un objectif de réduction des prescriptions ou de mise sous accord préalable des médecins
121	Extension de la procédure d'opposition à tiers détenteur	Application directe
122	Remise de pénalités et majorations en cas de liquidation judiciaire	Application directe
123	Contrôle des travailleurs indépendants	Application directe
124	Déclaration des cotisations des grandes entreprises par voie électronique	Application directe
125	Extension aux anciennes allocations composant le minimum vieillesse de la condition de résidence sur le territoire national exigée pour le bénéfice de l'allocation de solidarité aux personnes âgées	Lettre ministérielle du 7 avril 2011 relative à la portée de l'article 125 de la loi du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011