

N° 1211

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 octobre 2008.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES SUR LE PROJET DE LOI *de financement de
la sécurité sociale pour 2009* (n° 1157)

TOME I

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. YVES BUR,

Député.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	11
I.- DES AVANCÉES D'AUTANT PLUS REMARQUABLES QUE LA CONJONCTURE EST INCERTAINE	13
A. UNE CONJONCTURE DÉFAVORABLE.....	13
B. DES RÉFORMES SIGNIFICATIVES.....	14
II.- UN CADRE PLURIANNUEL RENFORCÉ MONTRANT LE LONG CHEMIN QUI RESTE À PARCOURIR POUR ATTEINDRE L'ÉQUILIBRE	17
A. UN CADRE PLURIANNUEL TOUJOURS PLUS IMPORTANT.....	17
B. DES ACTIONS À POURSUIVRE ET À APPROFONDIR.....	18
TRAVAUX DE LA COMMISSION	21
I.- AUDITIONS	21
A. AUDITION DE M. PHILIPPE SÉGUIN, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES.....	21
B. AUDITION DE M. XAVIER BERTRAND, MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ, DE MME ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN, MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, DE M. ÉRIC WOERTH, MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, DE MME VALÉRIE LÉTARD, SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉE DE LA SOLIDARITÉ, ET DE MME NADINE MORANO, SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉE DE LA FAMILLE.....	45
II.- EXAMEN DU RAPPORT	81
III.- EXAMEN DES ARTICLES	83
PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2007	83
<i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2007.....	83
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2007.....	100
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2008	102
<i>Section 1 : Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</i>	102

<i>Article 3</i> : Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2008	102
<i>Article 4</i> : 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	108
Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses	110
<i>Article 5</i> : Rectification des montants des dotations du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)	110
<i>Article 6</i> : Revalorisation exceptionnelle de 0,8 % des pensions des salariés, commerçants, artisans et fonctionnaires au 1 ^{er} septembre 2008	111
<i>Article 7</i> : Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche	112
<i>Article 8</i> : Rectification du montant et de la ventilation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)	114
TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2009	114
<i>Avant l'article 9</i>	114
<i>Article 9</i> : Approbation du rapport fixant un cadrage quadriennal (annexe B)	115
Section 1 : Reprise de dette	118
<i>Article 10</i> : Reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)	118
<i>Après l'article 10</i>	127
Section 2 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement	127
<i>Avant l'article 11</i>	127
<i>Article 11</i> : Modification de l'affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement	128
<i>Article 12</i> : Mesures relatives au financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie	132
<i>Après l'article 12</i>	147
<i>Article 13</i> : Contribution sur les rémunérations ou gains exclus de l'assiette des cotisations sociales	148
<i>Article additionnel après l'article 13</i> : Cotisations et contributions sociales sur les rémunérations perçues à l'occasion de la sortie de fonction	156
<i>Article 14</i> : Contributions à la charge des entreprises pharmaceutiques	159
<i>Après l'article 14</i>	164
<i>Article 15</i> : Augmentation du tarif des droits indirects sur les alcools par rattrapage annuel de l'inflation	165
<i>Article 16</i> : Suppression du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles et intégration financière à la Caisse nationale d'assurance maladie de la branche maladie du régime de protection sociale des non-salariés agricoles	170

<i>Article additionnel après l'article 16</i> : Suppression de l'exonération de cotisations sociales au titre des accidents du travail pour les contrats de professionnalisation.....	179
<i>Article 17</i> : Mesures relatives aux régimes agricoles	179
<i>Article 18</i> : Prise en charge des frais de transport domicile-travail	181
<i>Article 19</i> : Sécurité juridique des cotisants.....	190
<i>Article 20</i> : Assujettissement des revenus distribués excédentaires des travailleurs non salariés non agricoles	196
<i>Article additionnel après l'article 20</i> : Modalités de compensation des allègements généraux de cotisations sociales	201
<i>Article 21</i> : Cotisation d'assurance maladie majorée sur les revenus imposables à l'étranger.....	201
<i>Article additionnel après l'article 21</i> : Modalités de comptabilisation des revenus de placement assujettis à la contribution sociale généralisée.....	203
<i>Article 22</i> : Non-compensation par le budget de l'État des pertes de recettes liées à certains dispositifs	204
<i>Après l'article 22</i>	209
<i>Article 23</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales	210
Section 3 : Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre	227
<i>Article 24</i> : 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.....	227
<i>Article 25</i> : Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base	232
<i>Article 26</i> : Approbation du tableau d'équilibre du régime général.....	234
<i>Article 27</i> : Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.....	241
<i>Article 28</i> : Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR).....	242
Section 4 : Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité	243
<i>Article 29</i> : Rémunération par l'ACOSS de la trésorerie de tiers.....	243
<i>Article 30</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt.....	246
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2009	254
Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	254
<i>Avant l'article 31</i>	254
<i>Article 31</i> : Participation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) aux négociations conventionnelles – Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins	254
<i>Après l'article 31</i>	257
<i>Article 32</i> : Suivi des propositions formulées par le rapport annuel sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie	260

<i>Après l'article 32</i>	260
<i>Article 33 : Rémunération des enseignants de médecine générale</i>	261
<i>Après l'article 33</i>	261
<i>Article additionnel après l'article 33 : Fixation par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de la contribution forfaitaire due par les médecins pour transmission non électronique des feuilles de soins</i>	262
<i>Article 34 : Référentiels de prescription et procédure d'accord préalable pour certains actes en série</i>	262
<i>Après l'article 34</i>	263
<i>Article additionnel après l'article 34 : Obligation d'afficher des liens vers les sites institutionnels sur les sites informatiques dédiés à la santé</i>	264
<i>Après l'article 34</i>	265
<i>Article additionnel après l'article 34 : Pénalité financière en cas d'absence d'études postérieures à l'autorisation de mise sur le marché</i>	266
<i>Article 35 : Groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés</i>	267
<i>Article additionnel après l'article 35 : Extension du dossier pharmaceutique aux établissements de santé et aux structures médico-sociales</i>	268
<i>Article additionnel après l'article 35 : Procédure expérimentale de fixation du prix des médicaments génériques par appel d'offres</i>	269
<i>Après l'article 35</i>	269
<i>Article 36 : Dispositif de régulation des prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour et validation de la prescription des médicaments orphelins</i>	270
<i>Après l'article 36</i>	273
<i>Article 37 : Clarification des prises en charge de certains médicaments administrés en consultation externe à l'hôpital</i>	273
<i>Article additionnel après l'article 37 : Assouplissement des conditions d'inscription au répertoire des groupes génériques</i>	273
<i>Article 38 : Prise en charge des actes et dispositifs médicaux innovants au sein de la dotation MIGAC</i>	274
<i>Article 39 : Dispositions diverses relatives au financement des établissements de santé</i>	274
<i>Après l'article 39</i>	278
<i>Article additionnel après l'article 39 : Information individuelle des membres de l'Observatoire de l'hospitalisation publique et privée</i>	278
<i>Article 40 : Clarification du traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé et harmonisation des mises sous administration provisoire</i>	280
<i>Article additionnel après l'article 40 : Certification des comptes des établissements publics de santé</i>	283
<i>Après l'article 40</i>	284
<i>Article additionnel après l'article 40 : Financement des mesures salariales intervenant dans les établissements de santé en cours d'année</i>	285
<i>Article 41 : Création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux</i>	285

<i>Article 42 : Extension du champ des mises sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation atypiques</i>	286
<i>Après l'article 42</i>	286
<i>Article additionnel après l'article 42 : Amélioration de l'information du Parlement sur les effectifs et la masse salariale des établissements de santé</i>	287
<i>Article 43 : Récupération sur les tarifs soins des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes des dépenses d'assurance maladie indûment prises en charge à titre individuel par un organisme d'assurance maladie</i>	287
<i>Après l'article 43</i>	288
<i>Article 44 : Tarification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux</i>	289
<i>Article 45 : Réintégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes</i>	289
<i>Après l'article 45</i>	292
<i>Article additionnel après l'article 45 : Facilitation de la dispensation des médicaments dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur</i>	292
<i>Article 46 : Financement de la formation des aidants et accueillants familiaux</i>	293
<i>Article 47 : Procédure d'indemnisation à l'amiable par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) pour les victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine – Dotation pour 2009 à l'ONIAM</i>	294
<i>Article additionnel après l'article 47 : Indemnisation des sapeurs-pompiers victimes de complications résultant de leur vaccination contre l'hépatite B</i>	294
<i>Article 48 : Dotations pour 2009 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)</i>	295
<i>Après l'article 48</i>	295
<i>Article additionnel après l'article 48 : Allongement du délai laissé aux assurés, aux professionnels et aux établissements pour présenter une demande de remboursement aux caisses</i>	298
<i>Article 49 : Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès</i>	298
<i>Article 50 : Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de sa ventilation</i>	298
<i>Après l'article 50</i>	300
<i>Article additionnel après l'article 50 : Information des patients sur le coût des prothèses</i>	300
<i>Article additionnel après l'article 50 : Indication du montant maximal de remboursement de certains frais dans les contrats d'assurance maladie complémentaire</i>	300
<i>Après l'article 50</i>	301
<i>Article additionnel après l'article 50 : Clarification des règles applicables au déconditionnement et au reconditionnement individualisé des médicaments sous la responsabilité d'un pharmacien d'officine</i>	303

<i>Après l'article 50</i>	303
<i>Articles additionnels après l'article 50 : Nouveaux modes de prise en charge des actes chirurgicaux réalisés en cabinet médical – Possibilité d'effectuer des actes chirurgicaux sans anesthésie générale en cabinet médical</i>	304
Section 2 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse	305
<i>Avant l'article 51</i>	305
<i>Article 51 : Revalorisation du minimum vieillesse</i>	306
<i>Après l'article 51</i>	307
<i>Article 52 : Majoration des petites pensions de réversion à partir de 2010 et rétablissement d'une condition d'âge pour la réversion</i>	307
<i>Article additionnel après l'article 52 : Instauration d'un système d'échange d'informations entre les différents régimes et services de retraites</i>	310
<i>Après l'article 52</i>	310
<i>Article 53 : Revalorisation des petites retraites agricoles</i>	311
<i>Après l'article 53</i>	311
<i>Article 54 : Modification des règles d'indexation des pensions de retraite</i>	312
<i>Article additionnel après l'article 54 : Détermination du salaire moyen de référence servant à calculer le montant des pensions de retraite liquidées sur une base trimestrielle</i>	313
<i>Article 55 : Aménagement du régime du minimum contributif</i>	313
<i>Article additionnel après l'article 55 : Création d'une retraite anticipée pour carrière longue pour les professionnels libéraux et les avocats lourdement handicapés</i>	314
<i>Article 56 : Rachat de cotisations au titre du départ anticipé à la retraite</i>	315
<i>Article additionnel après l'article 56 : Plafonnement des aides sociales à domicile</i>	315
<i>Avant l'article 57</i>	316
<i>Article 57 : Mise en place d'une validation de trimestres supplémentaires au bénéfice des commerçants et artisans à compter de 2010</i>	317
<i>Article 58 : Application d'une cotisation additionnelle de 1 % en cas d'absence d'accord collectif en faveur de l'emploi des salariés âgés</i>	318
<i>Article 59 : Libéralisation du cumul emploi-retraite pour les bénéficiaires du taux plein</i>	321
<i>Article 60 : Surcote</i>	322
<i>Article 61 : Suppression de la mise à la retraite d'office</i>	322
<i>Après l'article 61</i>	322
<i>Article 62 : Autorisation de la poursuite d'activité au-delà des limites d'âge dans la fonction publique</i>	323
<i>Article 63 : Réforme de l'indemnité temporaire de retraite versée aux pensionnés civils et militaires de l'État résidant en outre-mer</i>	323
<i>Article 64 : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2009</i>	326
Section 3 : Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles	327
<i>Avant l'article 65</i>	327

<i>Article 65</i> : Amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux.....	327
<i>Article additionnel après l'article 65</i> : Transmission des rapports d'incapacité permanente aux tribunaux de l'incapacité.....	328
<i>Après l'article 65</i>	329
<i>Article 66</i> : Maintien des indemnités journalières et prévention de la désinsertion professionnelle.....	330
<i>Après l'article 66</i>	330
<i>Article 67</i> : 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).....	331
<i>Après l'article 67</i>	333
<i>Article 68</i> : Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.....	334
<i>Article 69</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2009.....	335
Section 4 : Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille	335
<i>Article 70</i> : Financement par la Caisse nationale des allocations familiales de l'intégralité des majorations de pensions pour enfants.....	335
<i>Article 71</i> : Modulation de la prestation de complément de libre choix du mode de garde en cas d'horaires d'accueil atypiques.....	336
<i>Après l'article 71</i>	337
<i>Article 72</i> : Assouplissement des conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel.....	337
<i>Après l'article 72</i>	339
<i>Article 73</i> : Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2009.....	340
Section 5 : Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement	340
<i>Article 74</i> : Nomination et cessation de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes du régime général.....	340
<i>Après l'article 74</i>	350
<i>Article 75</i> : Contrôle budgétaire de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) sur les organismes de son réseau.....	350
Section 6 : Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires	352
<i>Article 76</i> : Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale.....	352
Section 7 : Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude	353
<i>Article 77</i> : Révision de la procédure des pénalités financières.....	354
<i>Après l'article 77</i>	358
<i>Article additionnel après l'article 77</i> : Annulation du bénéfice d'exonérations sociales en cas de dissimulation partielle de rémunération.....	358

<i>Article 78</i> : Amélioration du recouvrement des indus et extension de la procédure de contrainte.....	359
<i>Article 79</i> : Développement des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale des États de l'Union européenne.....	361
<i>Article 80</i> : Limitation du dispositif de régularisation des arriérés de cotisations pour majorer la durée d'assurance à l'assurance vieillesse.....	364
<i>Après l'article 80</i>	366
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	369

INTRODUCTION

7,4 milliards d'euros : c'est ce que coûtera aux Français, en 2008, la charge de la dette sociale, soit 5,9 milliards d'euros pris en charge par la CADES au titre des dettes anciennes et près de 1,5 milliard d'euros de frais financiers résultant des découverts cumulés de trésorerie du régime général et du régime des non-salariés agricoles. C'est aussi, et surtout, le prix à payer pour notre incapacité à réformer notre système de protection sociale.

9,4 milliards d'euros : c'est le montant, évalué pour la première fois cette année par le Gouvernement, des pertes de recettes consécutives aux 46 milliards d'euros exclus, à divers titres, de l'assiette des cotisations et contributions sociales.

16,2 milliards d'euros : c'est le déficit tendanciel, pour 2009, de l'ensemble des régimes obligatoires, que le présent projet de loi de financement vise à ramener à 9,6 milliards d'euros.

97,5 milliards d'euros : c'est le montant de la dette de la sécurité sociale, dans le périmètre des lois de financement de la sécurité sociale, tel qu'établi par la Cour des comptes, à savoir 72,7 milliards d'euros restant à amortir par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), 20,1 milliards d'euros pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et 4,7 milliards d'euros pour le Fonds de financement de la protection sociale des non-salariés agricoles (FFIPSA).

Le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en septembre dernier ne déroge pas à la coutume : une fois de plus, la Cour des comptes nous présente un miroir d'un impitoyable réalisme, nous renvoyant l'image de nos faiblesses et de nos insuffisances.

Comme le rappelait son premier président, M. Philippe Séguin, à l'occasion de son audition par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales le 17 septembre dernier, *« 2007 est la cinquième année consécutive où les déficits dépassent 10 milliards. Cette situation est d'autant moins acceptable que la protection sociale correspond par principe à des dépenses de fonctionnement qui ne doivent pas être reportées sur les générations futures et que la conjoncture était encore favorable »*.

Mais le retournement de conjoncture est désormais avéré. L'heure n'est donc pas aux tergiversations, à la procrastination et aux demi-mesures : la grave crise qui frappe actuellement l'économie mondiale nécessite une réaction d'autant plus urgente et résolue. En ce sens, si d'un mal il peut naître un bien, les difficultés actuelles pourront se révéler salutaires.

Dans cet esprit, malgré une conjoncture très difficile, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 comporte des avancées remarquables. Mais le rapporteur est convaincu, maintenant que l'approche pluriannuelle plus que jamais s'impose à tous, qu'il faudra faire preuve dans l'avenir d'encore plus de courage et de détermination.

I.- DES AVANCÉES D'AUTANT PLUS REMARQUABLES QUE LA CONJONCTURE EST INCERTAINE

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale est daté. Il n'y a pas de honte à l'avouer – tous les gouvernements se trouvent confrontés à la même situation : la propagation rapide des effets de la crise financière depuis la faillite de *Lehman Brothers* rend la prévision difficile et, surtout, encore plus éphémère qu'à l'accoutumée. Cela étant, malgré ce contexte extrêmement difficile, le texte n'en parvient pas moins à lancer des réformes significatives.

A. UNE CONJONCTURE DÉFAVORABLE

La crise financière a débuté durant l'été 2007, mais ses répercussions sur la sphère réelle ont tardé à se faire sentir. Le retournement de conjoncture semble avoir été d'autant plus brutal au printemps 2008 : l'arrêt des embauches et la forte chute de l'intérim ont entraîné un recul de 0,1 % au deuxième trimestre, alors qu'au trimestre précédent l'emploi progressait encore de 0,4 %.

En juin dernier, le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale fait ainsi encore état d'une masse salariale du secteur privé en augmentation de 4,8 % en 2007 et qui devait « *connaître une croissance du même ordre en 2008* ».

Trois mois plus tard, le rapport présenté pour la réunion d'automne de cette même commission traduisait un net changement de climat : confirmant la forte croissance de 2007, il indique qu'elle « *serait voisine de 4,5 % en 2008* ». Cette croissance se décompose en + 3,6 % de salaires (contre + 3,1 % en 2007) et + 0,9 % d'emploi (contre + 1,7 % en 2007), ce qui paraît réaliste compte tenu de l'évolution de la hausse des prix et du chômage.

Les enjeux méritent ici d'être rappelés : en effet, la masse salariale constitue l'assiette des deux tiers des recettes des régimes de sécurité sociale, de telle sorte que 1 point de masse salariale équivaut à près de 2 milliards d'euros pour le seul régime général. Dès lors, la révision de 4,8 % à 4,5 % de la croissance attendue pour 2008 correspond à une perte de recettes de 600 millions d'euros. Et, au cours des auditions préparatoires conduites par le rapporteur, les responsables de l'ACOSS n'ont pas caché qu'une révision supplémentaire n'était pas à exclure, sans doute encore à hauteur de 600 millions d'euros.

En 2009, l'hypothèse retenue est celle d'une croissance de 3,5 %, portée à seulement + 0,2 % par l'emploi et à 3,3 % par les salaires. Le différentiel serait donc de 1 point par rapport à 2008, soit environ 2 milliards d'euros de recettes en moins. Le rapporteur estime donc que dans un tel contexte, le projet de loi de financement est daté, mais nullement périmé. Car c'est l'incertitude qui

prédomine, nul n'étant aujourd'hui en mesure de pouvoir apprécier avec précision l'intensité aussi bien que la durée de la phase dans laquelle nous venons d'entrer.

Doublement sensible à la conjoncture, tant par ses recettes que par ses dépenses, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sera sans doute le premier touché, même s'il a d'ores et déjà inclus dans ses prévisions 100 000 chômeurs supplémentaires en 2009, 2010 et 2011. S'agissant par ailleurs de la CADES aussi bien que du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le rapporteur souligne que ni l'une ni l'autre n'ont cédé à la tentation des produits dérivés. La CADES a su se dégager sans dommage des sept *swaps* – parmi un total de plusieurs centaines – qu'elle avait conclus avec *Lehman*, tandis que le FRR, dont les résultats devront tout naturellement s'apprécier sur le long terme, a indiqué qu'il ne s'était pas engagé sur des produits « toxiques ».

Pour ce qui est des dépenses, la situation n'est sans doute pas tout à fait aussi préoccupante. Ainsi, l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé à + 3,3 % pour 2008, a été plus satisfaisante qu'en 2007, puisque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie n'a pas notifié, au printemps 2008, de « risque sérieux » de dépassement. Les franchises médicales permettraient de contenir la progression des soins de ville à + 2,8 %, tandis que les dépenses des établissements augmenteraient de 3,2 %. Cela étant, le dépassement, sans certes dépasser le seuil d'alerte (0,75 %), serait de l'ordre 700 à 900 millions d'euros : le rapporteur affirme avec force que le respect de l'ONDAM doit être celui de l'ONDAM seul, et non pas l'ONDAM augmenté de la marge de déclenchement de l'alerte.

Les branches vieillesse et famille, quant à elles, sont davantage sensibles à l'évolution de l'inflation. Leurs prévisions de dépenses pour 2008 et 2009 intègrent les revalorisations de prestations et pensions consécutives à la hausse des prix, sans que l'on puisse craindre pour l'heure de tensions particulières dans ce domaine.

Cela étant, la crise doit être l'occasion de réformes profondes qui préparent notre pays pour l'avenir, ce à quoi le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 contribue de façon significative.

B. DES RÉFORMES SIGNIFICATIVES

Dans un tel contexte, le projet de loi présente deux caractéristiques remarquables.

D'une part, il améliore de plus de 6 milliards d'euros le compte tendanciel du régime général. Autrement dit, sans les mesures qu'il comporte ou qui y sont associées, le déficit du régime général atteindrait 15 milliards d'euros en 2009, tandis qu'il devrait être ramené à 9,6 milliards d'euros.

D'autre part, cette amélioration, qui ne pèse pas sur les ménages, résulte pour les deux tiers de *ressources* nouvelles, au besoin par la voie de transferts. Et ces recettes nouvelles possèdent deux qualités : elles sont en effet à la fois pérennes et légitimes.

C'est le cas de l'augmentation de la contribution sur les organismes complémentaires d'assurance maladie (article 12), compte tenu notamment des charges supportées par les régimes obligatoires en raison de la progression du nombre des assurés en affection de longue durée (ALD).

C'est également le cas de la hausse des cotisations vieillesse – de nature bien évidemment réglementaire, mais incluse dans l'équilibre général du projet de loi – qui, dès lors que les partenaires sociaux auront pris leurs responsabilités au sein de l'assurance chômage, se fera sans accroissement des prélèvements obligatoires.

Et c'est enfin le cas du « forfait social » (article 13) : l'une des propositions présentées au début de l'été par la mission d'information commune des commissions des affaires sociales et des finances de notre assemblée sur les exonérations de cotisations sociales trouve ainsi sa traduction dès l'automne – et il est raisonnable que ses pistes d'amélioration du mécanisme des allègements généraux attendent des jours meilleurs.

Des mesures intéressantes doivent également être saluées pour ce qui concerne *les dépenses* :

– l'association plus grande des organismes complémentaires à la maîtrise des dépenses de soins illustre la reconnaissance de leur rôle mais aussi de leurs responsabilités dans la gestion du risque (article 31) ;

– le « rendez-vous retraites » confirme les engagements de solidarité pris en 2003 mais aborde aussi avec courage la question des indemnités temporaires de l'outre-mer (article 63) ;

– parmi les dispositions relatives à la famille, l'extension de la capacité d'accueil des assistants maternels constitue une initiative particulièrement bienvenue (article 72) ;

– enfin, la sous-déclaration des accidents du travail est davantage prise en compte dans l'équilibre de cette branche (article 68).

Par ailleurs, *la lutte contre les fraudes* constitue toujours l'une des priorités du Gouvernement : en témoignent quatre articles (77 à 80) du projet de loi, mais aussi de la création, en avril dernier, d'une Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF), faisant suite à la lettre de mission adressée par le Président de la République et le Premier ministre au ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique.

Mise en place en juillet, cette « administration de mission » recourt, pour reprendre les termes employés par le délégué national, M. Benoît Parlos, à « *des méthodes nouvelles pour répondre à des questions anciennes* ». Chargée d'une mission de coordination des organismes, notamment au travers d'échanges d'informations et de bonnes pratiques, elle s'attache à améliorer la connaissance de la fraude et à développer une « culture anti-fraude », par exemple dans les conventions d'objectifs et de gestion et dans les contrats de performances. Un arrêté en date du 6 août a créé des comités locaux de lutte contre la fraude : constitués à l'échelon départemental et présidés par le préfet, ils devront articuler leur travail avec les trente comités opérationnels de lutte contre le travail illégal (COLTI) existants.

Enfin, le rapporteur se réjouit que les maîtres mots du projet de loi soient *clarification et simplification*. Un important effort de rationalisation des missions et des financements inspire différentes dispositions :

– les reprises de dette, aussi bien celles du régime général et du FSV par la CADES (article 10) que celle du FFIPSA par le budget de l'État (article 27 du projet de loi de finances) ;

– le transfert progressif de la CNAV à la CNAF de la prise en charge des majorations de pensions pour enfants (articles 11 et 70) ;

– le fonctionnement de Fonds CMU, qui bénéficiera désormais d'une principale recette, mieux corrélée à son activité (article 12) ;

– l'institution du forfait social, posant un principe d'assujettissement aux cotisations et contributions sociales, même si celui-ci est assorti d'exceptions (article 13) ;

– la suppression du FFIPSA et l'intégration financière de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles au régime général (article 16) ;

– l'alignement du régime de nomination des directeurs et agents comptables sur celui applicable depuis 2004 dans la branche maladie (article 74), ouvrant la voie à un management plus performant de ces cadres dirigeants au service de l'efficacité des caisses mais aussi une gestion plus dynamique des carrières des intéressés.

Le rapporteur veillera à ce que cette remise en ordre soit poussée encore plus loin, notamment pour les ressources de la CADES, pour celles du régime des non-salariés agricoles et, au travers de la réduction des « niches sociales », pour celle de l'ensemble des régimes de sécurité sociale.

II.- UN CADRE PLURIANNUEL RENFORCÉ MONTRANT LE LONG CHEMIN QUI RESTE À PARCOURIR POUR ATTEINDRE L'ÉQUILIBRE

S'inscrivant dans une approche commune à l'ensemble des finances publiques, les finances sociales doivent désormais s'apprécier dans un cadre pluriannuel. Les échéances n'en paraissent que plus redoutables et imposent des mesures structurelles de redressement.

A. UN CADRE PLURIANNUEL TOUJOURS PLUS IMPORTANT

Parmi les nombreux apports de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) figure l'exigence d'une mise en perspective pluriannuelle des recettes et des dépenses. La loi de financement est donc désormais assortie d'une annexe (B), qui décrit, pour les quatre années à venir, l'évolution des dépenses, des recettes et du solde des différentes branches ainsi que des organismes concourant au financement de la sécurité sociale.

La révision constitutionnelle du 23 juillet dernier marque une nouvelle étape dans la prise en compte des contraintes pluriannuelles, au travers de la loi de programmation des finances publiques. L'articulation avec la loi de financement, en particulier son annexe B, apparaît clairement au II de l'article 9 du projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 22 octobre dernier : entre 2009 et 2012, les mesures nouvelles relatives aux impositions de toute nature, cotisations et contributions sociales établies au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ne peuvent avoir pour conséquence une diminution des recettes de ces régimes par rapport aux montants inscrits à l'annexe B en loi de financement.

L'un des principaux apports de ce cadrage pluriannuel est de nous faire prendre conscience des défis auxquels il nous faudra répondre à moyen terme. De ce point de vue, l'annexe B n'est guère encourageante, puisqu'elle montre que si l'équilibre peut être atteint en 2012, au prix d'une hypothèse de croissance annuelle de 2,5 % à partir de 2010 et d'un ONDAM progressant de 3,3 % par an, cela n'évitera pas à la branche vieillesse de cumuler les déficits tout au long de la période considérée (- 12,6 milliards d'euros pour le régime général).

Certains autres déficits se creuseront d'ailleurs dès 2009, comme celui du FSV (-2 milliards d'euros sur l'ensemble de la période) ou du régime des non-salariés agricoles, en particulier au titre de la branche vieillesse (près de 3 milliards d'euros pour les seuls exercices 2009 et 2010).

Le mot d'ordre est donc clair : il faut poursuivre et renforcer les actions entreprises par ce projet de loi de financement.

B. DES ACTIONS À POURSUIVRE ET À APPROFONDIR

Le rapporteur présentera ici un ensemble de propositions qu'il défendra à l'occasion de la discussion du présent projet de loi.

Il s'agit d'abord de poursuivre dans la voie ouverte par certaines des dispositions du texte en matière de *recettes*.

L'article 10 organise les modalités de la reprise de la dette du régime général et du FSV par la CADES. Dans le respect des dispositions organiques votées en 2005, il se doit donc d'affecter une recette supplémentaire à la caisse : par souci de cohérence et de clarté, le rapporteur souhaite que la CRDS demeure la seule recette de la CADES, et non qu'un transfert de CSG soit opéré à son bénéfice.

L'article 13 marque une première étape dans l'assujettissement des 46 milliards d'euros de niches sociales à une contribution sociale minimale, « *flat tax* » dans la dénomination retenue par la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales ou « forfait social » dans celle du Gouvernement. Le développement de ces diverses modalités de rémunération justifie pleinement qu'ils participent au financement de la protection sociale. Mais le rapporteur estime qu'il faut aller plus loin, non seulement en incluant les stock-options et attributions gratuites d'actions dans l'assiette de cette nouvelle contribution, mais aussi en abordant dans un souci d'équité la question de ce qu'il est convenu d'appeler les « parachutes dorés », et ce au travers de leurs différentes composantes (indemnités de licenciement, attribution de titres et « retraites chapeaux »).

L'article 15 introduit une indexation bienvenue des droits sur les alcools, dont les montants n'ont pas été réévalués depuis plus de dix ans et, pour certains d'entre eux, vingt-cinq ans. Au-delà de cette indexation, le rapporteur estime que le regard doit se porter sur les alcools forts, qui provoquent des ravages chez les jeunes. De même, des raisons de santé publique militent pour le relèvement des minima de perception sur les tabacs. Quant à l'affectation de ces taxes, compte tenu du caractère plus dynamique de celles sur les alcools, le rapporteur souhaite qu'elles soient affectées au régime des non-salariés, prioritairement à la branche vieillesse, dont les difficultés de financement sont déjà avérées.

Les articles 19 et 20 mettent en œuvre quelques-unes des recommandations du rapport du groupe de travail sur la sécurité juridique des cotisants présidé par M. Olivier Fouquet, dont le rapporteur a grandement apprécié l'approche, marquée à la fois par un grand pragmatisme et un vrai souci des droits des entreprises. Si certaines de ses propositions méritent indéniablement des études ou concertations préalables, d'autres en revanche, tout à fait pertinentes et relatives notamment au rescrit social ou à la charge de la preuve en matière d'abus de droit, paraissent pouvoir être rapidement adoptées.

S'il faut se féliciter des efforts accomplis par l'État au cours des années récentes pour s'acquitter de ses dettes, notamment avec le remboursement de plus de 5 milliards d'euros intervenus en octobre 2007, la dette ne s'en est pas moins reconstituée depuis lors au titre des exercices 2006 et 2007, pour dépasser sans doute 3,8 milliards d'euros fin 2008. Un nouvel effort de l'État serait donc souhaitable à l'occasion de la loi de finances rectificative pour 2008 tandis que, pour l'avenir, les dotations budgétaires requises devraient être mieux adaptées aux besoins.

Dans le champ de la *maladie*, il est d'abord indispensable d'améliorer les conditions d'intervention du comité d'alerte : il serait utile qu'il puisse intervenir un peu plus tôt, si nécessaire, afin que les caisses d'assurance maladie puissent avancer le moment où elles proposent des mesures de redressement, de telle sorte que celles-ci puissent entrer en vigueur plus rapidement. Le suivi de leurs incidences doit en outre être réalisé aussi bien au titre de l'exercice au cours duquel elles ont été prises que de l'exercice suivant.

Dans le cadre de l'extension des responsabilités confiées aux organismes complémentaires d'assurance maladie, il conviendra de réfléchir à la répartition entre régimes de base et régimes complémentaires. À cet égard, la prise en charge des cures thermales paraît pouvoir être limitée à 35 %, sauf pour les patients en ALD, dans la mesure où, en contrepartie, les organismes complémentaires seraient pleinement associés à la convention thermale.

À l'invitation du rapport de la Cour des comptes de septembre 2007, il faut également s'interroger sur le coût du mécanisme des délégations de gestion aux mutuelles, alors même que l'assurance maladie vient de montrer qu'elle a pu reprendre, sans augmenter ses frais de gestion, la caisse des industries électriques et gazières (IEG). De même, l'État, non content, pour ses propres risques, d'être un faible contributeur sur des assiettes réduites, ne semble pas à même de contrôler convenablement les indemnités journalières, fonction qui pourrait être confiée au régime général.

Par ailleurs, le rapporteur suggère que le Comité économique des produits de santé puisse fixer des pénalités afin d'assurer le contrôle des études postérieures à l'autorisation de mise sur le marché. Le développement des médicaments génériques doit être plus particulièrement encouragé, par exemple en imposant une obligation de prescrire en dénomination commune internationale lorsqu'un générique existe. L'expérimentation d'une procédure d'appel d'offres serait certainement de nature à faire baisser le prix de ces médicaments, lorsqu'on constate le très fort écart de prix pour certaines spécialités entre la France et certains pays européens. Enfin, il convient d'élargir le répertoire de ces médicaments.

Dans le secteur médico-social, pour la meilleure gestion des médicaments, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les unités de soins de longue durée devront pouvoir désigner un pharmacien conseil,

après avis du médecin coordonnateur, afin d'apporter l'expertise des professionnels de la distribution des médicaments, qui sera décisive lorsque ces derniers seront intégrés dans les tarifs afférents aux soins.

Le rapporteur suggère par ailleurs que l'information du Parlement sur le secteur hospitalier soit améliorée, s'agissant aussi bien des effectifs et de la masse salariale des établissements que de l'évolution des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation MIGAC.

Pour la branche *vieillesse*, le seul levier véritablement efficace dont on dispose pour augmenter le taux d'emploi des seniors est la modulation de l'âge de départ en retraite. Le rapporteur est convaincu que nos concitoyens sont prêts à comprendre que l'allongement de l'espérance d'un trimestre par an doit trouver sa contrepartie dans l'allongement de l'âge de la retraite, qui pourrait être progressivement porté, également à raison d'un trimestre par an, à soixante-cinq ans en 2028. D'autres pays ont déjà pris cette décision essentielle à l'avenir de leurs régimes de retraite, qui présente en outre l'avantage de donner aux salariés une claire vision des perspectives, préférable à ces grands « rendez-vous » annoncés, dont l'effet anxiogène limite la portée.

Il ne faut pas tarder, car les décisions seront ensuite d'autant plus douloureuses à prendre pour éviter que les retraites d'aujourd'hui ne soient financées par les dettes de demain. Mais cette augmentation progressive de l'âge de la retraite ne sera juste et acceptable que si elle est accompagnée d'une prise en compte de la pénibilité, les partenaires sociaux étant ainsi amenés à en définir à l'échelon de la branche les modalités d'application.

Enfin, la branche *famille* est la seule qui dégage régulièrement des excédents, alors qu'elle pourrait être la seule à justifier des déficits, puisque ces dépenses constituent en quelque sorte la nature d'un investissement. Cela étant, le rapporteur estime que lorsque le transfert de la prise en charge des majorations pour enfants aura été achevé, il faudra réfléchir aux modalités de financement de la branche : pourquoi continuer à lui attribuer des recettes dont une fraction significative ne lui servira alors qu'à financer le FSV, lequel paye à son tour la branche *vieillesse* ?

Les défis à relever sont stimulants et nombreux sont les chantiers à ouvrir : le rapporteur insiste sur le fait qu'il n'est plus possible de tarder et qu'il aurait même déjà fallu s'atteler à la plupart d'entre eux depuis quelques années.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITIONS

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

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu **M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes** sur le rapport de la Cour relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale au cours de sa séance du 12 septembre 2008.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales : Je suis heureux de vous souhaiter la bienvenue, monsieur le premier président, cette rencontre annuelle étant particulièrement précieuse pour nous tant les problèmes qui se posent sont multiples.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes : Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour, M. Laurent Rabaté, rapporteur général du rapport sur la sécurité sociale, Mme Marine Camiade, conseillère référendaire, M. Maximilien Queyranne, auditeur, et moi-même sommes très heureux d'être aujourd'hui parmi vous.

Comme chaque année, le rapport sur la sécurité sociale examine, dans une première partie, les conditions dans lesquelles la loi de financement de la sécurité sociale a été appliquée. La Cour, en particulier, donne son avis sur les tableaux d'équilibre, présente une analyse de l'ensemble des comptes, rend compte des contrôles exercés sur les organismes de base ou de la manière dont l'État s'acquitte de ses obligations sociales.

Les tableaux d'équilibre, construits par branches pour le régime général puis, pour l'ensemble des régimes et pour les fonds de financement, sont l'outil qui permet au Parlement de fixer pour ces diverses entités les objectifs de dépenses et de prévision de recettes, d'en suivre la réalisation et d'en vérifier les résultats. Constitués de trois agrégats – produits, charges, résultats –, ils doivent donner au Parlement une image aussi fidèle que possible de la situation des régimes. Tout en reconnaissant le progrès qu'ils constituent, la Cour continue néanmoins d'en signaler les défauts de construction.

C'est en l'occurrence la deuxième année que la Cour exprime un avis sur les tableaux d'équilibre de l'exercice clos, avis qui confirme d'ailleurs certaines remarques déjà faites l'an passé : les contrôles en amont sur les comptes agrégés dans les tableaux demeurent lacunaires et, en aval, leur construction donne lieu à des contractions d'écritures non justifiées sur le plan comptable qui diminuent les

montants des charges et produits d'environ 20 milliards d'euros, les soldes n'étant pas modifiés.

Cette année, en outre, la question se pose des conséquences à tirer des désaccords exprimés dans le cadre de la certification des comptes. En effet, la Cour a refusé de certifier les comptes de la branche recouvrement du régime général en raison de plusieurs désaccords qui l'ont conduite à réviser à la baisse d'environ un milliard les produits de l'exercice 2007 et, donc, à dégrader le solde du même montant.

Les tableaux d'équilibre inclus dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) sont fondés sur les chiffres non révisés présentés devant la commission des comptes. La Cour ne fait pas grief à l'administration de n'avoir pas tenu compte de ces désaccords dans la présentation des tableaux d'équilibre relatifs à 2007, mais il n'en demeure pas moins que cette situation n'est pas satisfaisante et a conduit à s'interroger sur la portée de l'opinion exprimée par le certificateur. En principe, les désaccords du certificateur devraient conduire l'organe qui approuve les comptes à demander leur rectification. En l'état actuel des textes, l'État n'étant ni le producteur de ces comptes ni l'autorité chargée de les approuver n'a pas le pouvoir de les rectifier. Il y a là matière à réflexion, même si nous espérons que les refus de certifier resteront rares. L'extension, à compter de l'exercice 2008, de la certification aux comptes des autres régimes peut cependant élargir le risque.

La Cour appelle en outre à recentrer la commission des comptes sur sa mission de prévision et à en modifier l'intitulé afin d'éviter toute confusion avec la mission de certification et d'analyse des comptes.

L'analyse de l'ensemble des comptes présentés dans ce rapport – qui en constitue une deuxième mission obligatoire – s'est logiquement fondée sur les données non rectifiées du gouvernement. Pour autant, et malgré ce désaccord, les comptes montrent la persistance d'une situation financière dégradée, avec un déficit cumulé – pour l'ensemble des régimes et des fonds de financement – de 11 milliards contre 10,2 milliards l'an passé. Ainsi, 2007 est la cinquième année consécutive où les déficits dépassent 10 milliards. Cette situation est d'autant moins acceptable que la protection sociale correspond par principe à des dépenses de fonctionnement qui ne doivent pas être reportées sur les générations futures et que la conjoncture était encore favorable en 2007.

Le dynamisme constaté pour les recettes a permis d'atténuer l'incidence du rythme toujours élevé des dépenses. La branche maladie, dont les produits ont progressé de 5 % de 2006 à 2007, a pu réduire son déficit malgré une hausse des prestations, tous régimes confondus, de plus de 4 % sur la même période. Le déficit de la branche demeure néanmoins important (-4,6 milliards), le déficit « structurel » corrigé des opérations non reductibles étant quant à lui estimé par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) à 5,7 milliards.

Ce dynamisme a été moindre pour la branche retraite mais la progression des prestations a été particulièrement marquée – plus de 6 % – ce qui a conduit à une forte dégradation du solde, passé de 1,9 à 4,6 milliards. Pour l'essentiel, il s'agit de l'effet du « *papy boom* » mais également des départs anticipés en retraite, beaucoup plus nombreux que prévu.

Le résultat de la branche accidents du travail est également dégradé ; seule la branche famille est en équilibre – avec, même, un léger excédent.

Si, par ailleurs, la situation du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'est redressée, celle du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) s'est dégradée, les recettes pour 2006 ayant été majorées de manière artificielle. Au total, les deux fonds ont connu en 2007 un déficit de 2,2 milliards.

La persistance d'une situation financière aussi dégradée conduit à examiner d'un œil critique les évolutions introduites par la récente loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Cette loi visait en effet à mettre en place une démarche de développement de la performance avec les programmes de qualité et d'efficacité (PQE) et devait également renforcer la crédibilité de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en l'insérant dans des prévisions pluriannuelles. Ce sont-là autant de progrès potentiels indéniables mais dont les effets sont trop lents ou trop partiels.

La Cour a analysé les PQE annexés pour la première fois au PLFSS pour 2008 –comme l'avait souhaité votre président, à juste titre très soucieux que la performance des politiques sociales puisse être mieux appréciée. Les PQE constituent une batterie d'indicateurs de performance portant sur les politiques de sécurité sociale et s'inspirent des projets annuels de performance (PAP) créés par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). Cette opération, qui a fortement mobilisé les administrations de l'État, représente un vrai progrès dans l'information du Parlement. L'exercice est cependant perfectible et la Cour donne quelques pistes afin d'améliorer ces nouveaux outils qui devraient être plus opérationnels en devenant de vrais outils de pilotage et d'amélioration de la performance. Cela implique notamment de mieux définir les priorités stratégiques et de préciser partout où cela est possible les leviers d'action dont disposent les administrations et les régimes afin d'atteindre les objectifs fixés. La Cour appelle également le Gouvernement à donner une place plus importante à des indicateurs d'efficacité, sans pour autant dupliquer ceux déjà inscrits dans les conventions d'objectifs et de gestion passés avec les caisses nationales des régimes.

Enfin, le rapport procède à une analyse de la réalisation de l'ONDAM en 2007. Le dépassement constaté a été important puisqu'il s'est élevé à 3 milliards d'euros – pour un montant voté de 145 milliards. Il se concentre en particulier sur les soins de ville, l'examen plus détaillé mettant en évidence le caractère manifestement irréaliste du sous-objectif « soins de ville » fixé pour 2007, même

si le Parlement avait, de manière inédite, majoré ce sous-objectif par rapport aux propositions du Gouvernement – faisant ainsi passer son taux d'évolution de 0,8 % à 1,1 %. La Cour souligne qu'une économie particulièrement optimiste de 2,5 % était prévue sur le poste « médicament » alors que nous avons pu constater une progression des dépenses de 5 %. L'importance de ce dépassement a d'ailleurs justifié, pour la première fois, la mise en œuvre de la procédure d'alerte prévue par la loi du 13 août 2004 et destinée à favoriser un meilleur respect de l'ONDAM voté par le Parlement. Les décisions correctives prises par le Gouvernement pendant l'été de 2007 – parmi lesquelles la pénalisation des consultations hors du parcours de soin – se sont révélées insuffisantes et trop tardives.

Pour mieux comprendre les difficultés à tenir l'ONDAM « soins de ville », la Cour a procédé à deux analyses thématiques.

Elle a tout d'abord constaté une envolée des dépenses de soins des infirmiers libéraux de plus de 9 % entre 2006 et 2007, progression symptomatique de la difficulté à mettre en place des outils de régulation du nombre d'actes et de la démographie de la profession : la densité des infirmiers libéraux varie de un à sept entre départements et, encore, sans tenir compte des taux d'un département insulaire (*Sourires*). La convention nationale des infirmiers libéraux signée en 2007, par ailleurs, a tardé à être suivie d'effet. L'avenant conclu au début du mois de septembre devrait permettre d'expérimenter pendant deux ans un dispositif de régulation des installations dans les zones qualifiées de « sur-denses ». La Cour relève néanmoins avec inquiétude que, à la demande des infirmiers libéraux, le gel des installations dans le cadre de ce dispositif a été étendu aux places des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ce qui consacre donc un partage du marché de soins de *nursing* à destination des personnes âgées dépendantes entre SSIAD et infirmiers libéraux. Or, pour la Cour, les interventions des SSIAD pour ces prestations de confort et d'hygiène sont à la fois mieux adaptées et probablement moins coûteuses puisqu'elles sont réalisées pour l'essentiel par des aides soignantes.

Une deuxième analyse a ensuite porté sur le lien entre l'ONDAM et les négociations conventionnelles. Elle explique comment les négociations avec les professions de santé, largement déléguées à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), sont menées sans articulation suffisante avec l'enveloppe fixée par le Parlement. L'État approuve les accords sans toujours en connaître l'impact financier et il intervient même parfois dans le domaine des partenaires conventionnels pour inciter les caisses à accorder des majorations d'honoraires. Dans ces conditions, il ne faut pas s'étonner que l'ONDAM ne soit pas respecté.

Le vote d'objectifs de dépenses volontaristes, allant à l'encontre de l'évolution tendancielle des dépenses de santé, suppose des outils puissants et une forte volonté de les mettre en œuvre. L'institution d'un cadrage pluriannuel des finances sociales annexé à la loi de financement n'a pas permis de progresser sur

ce plan. La Cour montre ainsi que l'objectif de rééquilibrage du régime général en fin de période pluriannuelle, largement déconnecté de l'évolution tendancielle des dépenses de santé, n'a pas été accompagné d'une programmation rigoureuse des mesures d'économie permettant de l'atteindre.

Le rapport rend également compte de travaux sur la gestion hospitalière – qui constitue près de la moitié des dépenses d'assurance maladie – sur laquelle vous avez souhaité que la Cour et les chambres régionales des comptes (CRC) mettent l'accent. La Cour a examiné cette année deux sujets : la politique de restructurations hospitalières et la situation des systèmes d'information hospitaliers (SIH).

La question des restructurations renvoie plus exactement à la suppression ou à la reconversion de services ou de structures dont le maintien ne se justifie plus. L'analyse menée dans trois régions – Centre, PACA et Nord-Pas-de-Calais – ainsi que dans trois filières – obstétrique, chirurgie et soins de suite – confirme en effet que, malgré les efforts des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les réalisations sont restées en deçà de ce qui est nécessaire. C'est particulièrement vrai pour la chirurgie : de nombreux petits établissements se maintiennent au détriment de la sécurité des patients. De même, dans certains CHU, les restructurations restent à la fois trop lentes et trop coûteuses : cela tient certes à l'insuffisance des outils mis à la disposition des ARH mais aussi et surtout à la trop grande résignation des pouvoirs publics face aux protestations locales – qui couvrent d'ailleurs tout l'éventail politique. J'espère que le projet de loi « hôpital, patient, santé, territoire » examiné à l'automne permettra de donner aux futures ARH les moyens d'une réorganisation vigoureuse de l'offre de soins, qui ira au-delà d'un simple regroupement juridique des établissements. Une information objective et une pédagogie active doivent accompagner les nécessaires évolutions du parc hospitalier.

S'agissant des SIH, l'enquête menée par la Cour et quatorze chambres régionales des comptes a mis en évidence l'usage variable mais le plus souvent décevant des outils informatiques nouveaux, que ce soit pour le « dossier patient informatisé » ou pour la gestion des établissements. Le pilotage national des plans d'investissement successivement engagés – par exemple, pour les urgences – n'a pas été assez fort, ce qui a conduit à un gaspillage des crédits. Pour éviter la reproduction de tels égarements, la Cour préconise donc de retarder, afin de mieux préparer les hôpitaux, la distribution des 1,5 milliard de crédits prévus pour les systèmes d'information dans le cadre du plan Hôpital 2012, dont 500 millions en 2008.

Un autre thème abordé dans le champ du risque maladie est l'évolution du réseau officinal et de la marge des pharmaciens. La Cour rappelle qu'au regard des normes réglementaires, le trop grand nombre de pharmacies en France a notamment pour effet indirect un système de rémunérations élevées permettant de garantir un revenu suffisant aux petites officines. Ainsi, les marges – réglementées – sur les produits remboursés ont dans l'ensemble progressé depuis une dizaine

d'années alors même que la croissance des ventes, l'élévation du prix du médicament et le maintien à un niveau élevé des remises et marges arrière auraient pu permettre de les réduire. Dans les DOM, ces marges échappent au droit et, sans doute également, au sens commun.

La Cour, en outre, montre que le niveau de marge sur les médicaments génériques s'établit à un niveau très avantageux pour les pharmacies – lequel est devenu sans doute excessif dès lors qu'il atteint plus de 100 % du prix fabricant hors taxes. Au final, les mesures de maîtrise du réseau officinal prévues par la loi de financement pour 2008 ne seront sans doute pas suffisantes pour impulser une dynamique de regroupement des officines. La Cour recommande donc de réduire les marges des officines pour accélérer ce mouvement et produire des économies pour l'assurance maladie, laquelle finance 5 milliards d'euros de marges.

Un mot sur les dossiers médicaux accessibles en ligne – DMP, historique des remboursements développé par la CNAM, dossier pharmaceutique mis en œuvre par l'Ordre des pharmaciens.

S'agissant du dossier médical personnalisé (DMP), des perspectives exagérément optimistes avaient été annoncées en 2004 aussi bien en ce qui concerne son calendrier de réalisation qu'en matière d'économies – chiffrées en milliards – qui auraient pu en résulter ; or, en 2008, l'échec est patent. Certes, la ministre de la santé a annoncé récemment des réformes importantes de la gouvernance de ce type de projets, suivant en cela les recommandations de la Cour, mais la Cour a également estimé que le rappel des écueils rencontrés et, surtout, des pré-requis indispensables à la mise en place de ces outils n'était pas superflu.

Dans le champ de l'assurance maladie, la Cour a analysé, à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, la répartition des dépenses de santé entre financeurs – assurances obligatoires (AMO), complémentaires (AMC) et usagers. La Cour a cherché à déterminer quelle a été la réalité des transferts opérés jusqu'en 2007 entre l'AMO, les AMC et les assurés eux-mêmes. L'étude réalisée montre que les économies décidées pour l'AMO ont visé l'ensemble des assurés – affections longue durée (ALD) incluses – puisque les participations forfaitaires créées depuis 2004, qui s'ajoutent aux tickets modérateurs, ne peuvent pas, dans la plupart des cas, être prises en charge par les AMC dans le cadre des contrats responsables. Mais, au total, la participation de l'AMO n'a pas diminué car celle-ci doit financer une partie des dépenses croissantes dues à l'augmentation des pathologies lourdes, au progrès thérapeutiques et au vieillissement de la population.

La Cour a également mis en évidence deux autres caractéristiques de ces transferts qui ont beaucoup intéressé la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de votre Assemblée. Elle a ainsi montré que la couverture complémentaire génère des coûts supplémentaires : les coûts de gestion des complémentaires sont en effet plus élevés du fait, notamment,

de leur situation concurrentielle. La Cour rappelle par ailleurs que ces couvertures complémentaires sont fortement subventionnées par les fonds publics sous l'effet des exonérations de prélèvements sociaux et fiscaux dont elles bénéficient ou de la CMUc. En conséquence, le transfert à des complémentaires, qui pourtant, en première intention vise à réduire les coûts pour l'assurance de base – et peut-être à ne pas augmenter les prélèvements – induit des coûts non négligeables pour les assurés et pour la collectivité, alors même que leur effet anti-redistributif est démontré.

Une récente enquête de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) indique que les primes versées par les ménages aux AMC *« représentent 10 % du revenu des ménages les plus pauvres et moins de 3 % pour les ménages les plus riches sachant que les premiers, pour un taux d'effort trois fois plus élevé, bénéficient de contrats offrant des garanties inférieures à ceux des seconds. »* Voilà des données qui devraient nous interpeller...

Les travaux de la Cour ont également porté sur les branches famille et retraite.

L'examen des aides à la petite enfance qui vient préciser, à la demande de votre commission, les travaux menés l'an dernier sur « l'efficacité des aides aux familles », témoigne d'une situation insatisfaisante. Fondée sur des prévisions peu réalistes, la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) a eu un coût beaucoup plus élevé que prévu : entre 2003 et 2006, le coût moyen d'un enfant gardé a augmenté de 60 %. Pour autant, les résultats sont décevants puisque le nombre de places en crèche ou chez les assistantes maternelles n'a que peu progressé. Parallèlement, le taux de scolarisation des deux-trois ans a fortement chuté. Ainsi, l'objectif visant à permettre aux familles de choisir un mode de garde n'a pas été atteint et nombre de parents sont contraints d'interrompre leur activité professionnelle pour garder leurs jeunes enfants. Le nombre d'enfants pris en charge par les familles a même augmenté de 7 % !

Le rapport constate également l'absence de corrélation entre le taux d'effort financier des familles et leurs revenus, ce qui soulève la question de l'équité. Les aides devraient être mieux ciblées en direction des familles les plus modestes. La Cour considère surtout que l'importance des fonds consacrés à la garde des jeunes enfants doit permettre d'accroître l'offre de solutions à coût constant. Cela implique notamment que les acteurs de la politique familiale – éducation nationale comprise – coordonnent mieux leur action.

S'agissant des retraites, la Cour aborde cette année plusieurs points : les outils de pilotage des régimes, l'adossement au régime général du régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG) et envisagé pour d'autres régimes spéciaux et, enfin, la question du minimum de pension, connu sous la dénomination de « minimum contributif » ou MICO. Cette prestation, créée en 1983 et modifiée en 2003, touche désormais plus de 40 % des nouveaux retraités

du régime général et même 70 % des anciens salariés agricoles. Il semble donc évident que le ciblage s'étend au-delà des seules petites retraites : ainsi, 30 % de retraités polypensionnés ayant eu une carrière complète et disposant d'une pension supérieure à 1 400 euros ont bénéficié du MICO. Le coût, pour la collectivité, avoisine 5 milliards d'euros. La Cour propose donc de recentrer cette prestation sur les plus petites retraites.

Vous le voyez, les travaux dont il est ici rendu compte sont divers mais leur finalité est souvent identique d'une branche ou d'un régime à l'autre : il s'agit de rendre notre système de protection sociale plus efficace dans un contexte économique difficile. Bien entendu, pour être utiles, ces travaux doivent être suivis d'effet et c'est pourquoi nous avons cherché cette année à vérifier dans quelle mesure c'était bien le cas.

Une disposition législative impose depuis 2003 au ministère chargé de la sécurité sociale de faire un rapport annuel sur les suites données aux précédentes recommandations de la Cour sur la sécurité sociale. Dans le présent rapport, nous avons fait le point sur les enseignements des cinq premiers rapports de suivi réalisés dans ce cadre. Il montre que le bilan est loin d'être négligeable même s'il faut se méfier d'une approche trop quantitative : toutes les recommandations n'ont pas la même importance et l'appréciation de leur degré de prise en compte n'est pas facile à quantifier, dans les cas très fréquents où une recommandation n'est qu'en partie ou que progressivement mise en œuvre. Avec ces précautions, on peut considérer que plus d'un tiers des recommandations est rapidement pris en considération et un autre tiers, à moyen terme, au bout de deux ou trois ans.

Bien entendu, il ne s'agit pas, pour la Cour, de se flatter du travail accompli par d'autres. Même préconisée par un rapport de la Cour, la mise en œuvre d'une réforme dans le champ social n'est jamais simple, je le sais par expérience. Cette évaluation est cependant précieuse car elle est révélatrice d'un climat de confiance entre la Cour et les administrations, lesquelles, au terme de procédures lourdes de contradictions, nous aident à affiner nos constats et nos recommandations ; en retour, elles reçoivent de la Cour une aide à la décision.

Je crois également que les liens tissés entre la Cour et les commissions du Parlement sont particulièrement importants : c'est en effet souvent grâce aux travaux de vos commissions que nombre de recommandations se trouvent reprises ou approfondies et, finalement, appliquées.

S'agissant du volet « recettes » de la loi de financement de la sécurité sociale, le rapport reprend des travaux réalisés pour votre commission sur les exonérations de charge. La Cour préconise de réduire la plage d'application des exonérations générales et de revoir de manière plus sélective les mécanismes d'exonérations ciblées. Je sais que votre rapporteur général a lui-même réalisé un important travail pendant l'été sur ce point et qu'il s'agit d'une question ouverte au débat, en vue du prochain PLFSS.

L'an passé, la Cour avait présenté un état des « niches sociales » et préconisé en particulier de soumettre aux cotisations les stock-options et les indemnités de licenciement. Là encore, le débat se poursuit en vue du prochain PLFSS sur les autres niches et, en particulier, sur ces indemnités.

La qualité des échanges que nous avons ainsi nourris sur le volet des recettes me paraît précieuse pour une raison de fond : les économies sur les dépenses demandent du temps, dans la mesure où elles exigent le plus souvent des modifications dans les comportements des patients assurés ou qu'elles supposent de réviser des droits acquis ; de telles économies sont évidemment indispensables mais le retour à l'équilibre des comptes sociaux, programmé d'ici à 2011, supposera un effort significatif d'accroissement des recettes.

Le consentement à l'impôt a été et reste un des fondements du pouvoir législatif : il en va de même, dans le champ social, pour les cotisations. L'orientation affirmée vers une « co-production » de la norme législative partagée entre le gouvernement et le Parlement y trouve donc un champ privilégié d'application. La récente loi constitutionnelle du 23 juillet dernier a confirmé la mission d'« assistance » de la Cour des comptes dans le contrôle de l'application des lois de financement au profit à la fois du gouvernement et du Parlement. Nous espérons donc qu'avec ce rapport, cette année encore, vous trouverez des pistes utiles pour vos travaux dans la perspective du prochain PLFSS comme dans celle des autres projets dont vous aurez à débattre.

M. Yves Bur, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour les recettes et l'équilibre général : Je souligne une fois encore le grand intérêt que représentent pour notre Assemblée les travaux de la Cour des comptes et, plus particulièrement, ceux qui concernent les finances sociales.

Il me paraît souhaitable que les divergences d'interprétation sur la présentation des résultats repris dans les tableaux d'équilibre tels que nous serons appelés à les voter soient aplanies afin de lever toute suspicion quant à la sincérité des comptes, s'agissant notamment des comptes de l'activité de recouvrement pilotée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). De même, j'appelle la branche famille à remédier aux insuffisances de contrôle interne et à la sous-évaluation de certaines charges pour obtenir enfin la certification de ses comptes.

Le travail d'analyse sur les transferts de charges entre contributeurs entre 1996 et 2006 nous aidera à mieux appréhender les conséquences de l'évolution de la structure des consommations et de ce que nous appelons communément une plus grande responsabilisation des assurés. Outre le fait que les transferts de charges ne résolvent pas de manière structurelle le problème posé par le rythme de croissance des dépenses de santé, vous suggérez que ces évolutions conduisent plutôt à un transfert entre assurés car l'augmentation des dépenses liées à un

accroissement du nombre des ALD est financée partiellement par les assurés eux-mêmes. Nous devons y réfléchir avant de penser à de nouveaux transferts.

Pour autant, votre analyse corrobore celle du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) quant à la stabilité de la prise en charge de la dépense de santé depuis 1996 – autour de 77 % pour l'AMO et de 22 % pour les AMC et le reste à charge des ménages.

Les frais de gestion des assureurs complémentaires, c'est notable, tournent autour de 25 % quand ceux de l'assurance maladie représentent moins de 5 %. Au lieu de penser d'abord à augmenter les cotisations de leurs assurés, les assurances complémentaires pourraient mieux maîtriser leurs coûts internes, sans entamer pour autant le montant de leurs substantielles réserves !

Je partage par ailleurs votre exigence d'une clarification des objectifs, non seulement pour améliorer l'information du Parlement mais également pour accroître la performance des politiques publiques.

Ma première question concerne la gestion de la dette sociale, que vous situez à 97,5 milliards à la fin de 2007, dont 73 milliards portés par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), 20 milliards portés par l'ACOSS et 4,7 milliards cumulés au sein du FFIPSA. Le coût de la dette accumulée et portée par ces organismes s'élève à 3,7 milliards d'intérêts par an. En incluant l'amortissement du capital, nous consacrons 6,3 milliards par an pour les réformes que nous ne faisons pas ! De plus, vous estimez que la dette générée par les déficits futurs de 2008 à 2011 se situera entre 28,2 milliards et 32,6 milliards. Face à cette insuffisance de financement, estimez-vous que la mobilisation du FSV puisse apporter une réponse suffisante et ses excédents constituent-ils une recette pérenne qui n'affaiblira pas la qualité de la signature de la CADES sur les marchés ?

En outre, votre rapport met en exergue les errements des politiques de restructuration hospitalière depuis 1996 – pour lesquelles il n'existe pas de bilan. Vous soulignez l'échec de la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A), trop progressive sur cinq ans, avec des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) détournées de leur objet pour compenser des surcoûts structurels et des contrats de retour à l'équilibre financier (CREF) qui semblent surtout avoir été utilisées pour différer les adaptations. Le constat est sévère et met en lumière les faiblesses du pilotage par les tutelles qui sont aussi mises en cause pour les retards ainsi que les lacunes du SIH. Face à la crise hospitalière, une remise à niveau de la gouvernance des établissements ainsi que les orientations envisagées pour la création des agences régionales de santé vous paraissent-elles efficaces ? Quel rôle les CRC peuvent-elles jouer pour mobiliser de manière plus efficace les acteurs hospitaliers ?

Enfin, il semble nécessaire de donner à l'ONDAM voté une portée plus contraignante. Quelles sont les conditions pour qu'un ONDAM pluriannuel

fiabilisé permette d'éviter les dépassements annuels sans conséquence autre que l'accroissement de la dette et, dès lors, de quels outils faut-il doter l'UNCAM afin que les négociations conventionnelles soient mieux articulées avec le cadrage financier d'un tel ONDAM pluriannuel ?

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes : Je remercie M. Bur pour ses appréciations.

Avant de s'interroger sur le financement de la dette sociale, il conviendrait tout d'abord d'éviter son augmentation ! Afin d'éviter un report de la charge de la dette sur les générations futures, le Parlement a voté un mécanisme qui fait obligation d'accompagner toute nouvelle reprise de dette par la CADES d'une ressource. Cette dernière doit avoir par ailleurs deux caractéristiques : être à la hauteur des besoins créés et être pérenne.

Nous constatons par ailleurs un redressement du FSV en 2007 lié à l'amélioration de l'emploi – il devrait d'ailleurs se prolonger en 2008. Je rappelle tout de même que le FSV est lui-même endetté à hauteur de 4,8 milliards, ce qui génère bien entendu un coût financier important pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Nous pensons que les excédents du FSV devraient être affectés en priorité à son désendettement, l'affectation des excédents du fonds à la CADES privant par ailleurs le Fonds de réserve des retraites (FRR) de ces fonds.

S'agissant de la restructuration hospitalière, notre constat est en effet sévère. L'amélioration de la gouvernance interne des hôpitaux est, bien entendu essentielle, mais elle ne permettra pas de faire l'économie d'une politique rigoureuse de restructurations. Les évolutions techniques et sociales conduisent en effet à modifier le rôle et le mode d'intervention de l'hôpital dans le système de soins ; la France est hélas en retard dans la concentration des plateaux techniques, dans le développement de la chirurgie ambulatoire publique et dans la nécessaire spécialisation des équipes.

En ce qui concerne les missions des CRC, le rapport détaille une intervention auprès du syndicat interhospitalier (SIH) de Juvisy-sur-Orge ; dans ce cas, les recommandations de la CRC ont été entendues par le conseil d'administration qui a décidé, pendant l'été, de fermer les services de chirurgie et de maternité. Les CRC, néanmoins, ne doivent pas être en première ligne sous peine de déresponsabiliser les ARH ou les ARS. Il importe donc de trouver un équilibre.

Pour qu'un ONDAM pluriannuel soit fiable, il faut fixer des objectifs réalistes au vu des mesures pouvant être effectivement prises et du rendement qu'elles auront sur la durée. À défaut, l'ONDAM ne serait qu'incantatoire. La feuille de route doit donc être claire pour tous. Il convient, de surcroît, que les mesures prévues et chiffrées soient effectivement mises en œuvre et, à cette fin, les négociations conventionnelles doivent être enfermées dans une contrainte

d'enveloppe liée à l'ONDAM. Le directeur de l'UNCAM doit pouvoir négocier dans le cadre d'un mandat qui respecte la volonté du Parlement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance maladie et les accidents du travail : Je vous remercie, monsieur le premier président, pour ce rapport très important qui met en lumière, en effet, de graves dysfonctionnements dans le financement de l'assurance maladie.

La Cour préconise que l'État réorganise le dispositif de régulation des soins de ville afin de fiabiliser l'ONDAM et de renforcer son caractère opposable : d'une part, de quelle manière et, d'autre part, comment concilier cette préconisation avec le risque d'en faire une enveloppe fermée qui pourrait donc relever d'une maîtrise comptable, ce qui est aujourd'hui pointé du doigt par les partenaires conventionnels ? S'agissant des missions respectives de l'État et des partenaires conventionnels, la Cour juge-t-elle nécessaire de revoir l'équilibre défini par la loi d'août 2004 ? Si oui, dans quel sens ? Concernant la question du nombre et de la répartition géographique des officines de pharmacie, la Cour juge insuffisantes les mesures prises par la loi de finances pour 2008 mais n'est-il pas un peu prématuré d'en évaluer l'impact ?

Le rapport de la Cour pointe au nombre des facteurs qui ont interrompu la dynamique de restructuration hospitalière une articulation difficile entre différentes réformes et, notamment, celle de la T2A. Ce constat semble paradoxal dans la mesure où l'un des avantages attendus de la T2A vise précisément à ce que les hôpitaux fassent évoluer leur organisation, restructurent leurs services ainsi que leur offre de soins. Comment définir les conditions d'une T2A réellement optimale au regard des nécessaires opérations de restructurations ? Le rapport, par ailleurs, met en évidence le caractère contreproductif de l'implication du ministère de la santé à travers notamment des interférences avec des décisions des ARH. Dans quelle mesure la nouvelle gouvernance permettra-t-elle d'éviter cet écueil ? Le rapport, enfin, dresse un constat assez sombre sur l'utilisation des outils informatiques et souligne notamment que les systèmes d'information sont inadaptés pour suivre les restructurations. Cette faiblesse des systèmes ne remet-elle pas en question la possibilité d'un constat objectif et partagé sur les écarts entre les tarifs publics et privé sans lequel le processus de convergence ne peut pas s'effectuer ?

Enfin, les dernières préconisations concernant le DMP sont-elles licites, surtout en ce qui concerne son caractère non obligatoire ?

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes : « Fiabiliser l'ONDAM et renforcer son caractère opposable » signifie, je le répète, qu'il faut le fixer à un niveau réaliste et crédible, qu'il est nécessaire d'assortir toute correction par rapport aux tendances constatées de mesures de nature à en assurer le respect, et qu'il convient de l'inscrire dans une démarche pluriannuelle volontariste.

Cela dit, il n'est pas question pour la Cour de préconiser que l'ONDAM se transforme en enveloppe fermée. Les assurés ont des droits en vertu de la loi et non pas selon les fonds disponibles. Il n'y a alors que trois solutions pour rétablir l'équilibre : réduire les droits, modifier les comportements – ce qui suppose de la constance – ou majorer les recettes. Mais ce n'est pas en fixant des objectifs incantatoires que l'on y parviendra.

Je vous avoue que je n'ai jamais bien compris ce que signifie l'opposition que l'on établit entre maîtrise comptable et maîtrise médicalisée de la dépense. Dans les deux cas, il s'agit de maîtriser les dépenses avec une palette de moyens qui devrait permettre de répartir les efforts entre les acteurs du système : les contributeurs, les bénéficiaires de prestations et les professionnels.

Actuellement, il nous semble que l'on privilégie fortement la maîtrise de la demande *via* les réductions de droits à remboursement, tandis que la croissance des ALD empêche de l'assurance maladie de réaliser les économies prévues.

Les observations de la Cour sur la répartition des pharmacies d'officine sont-elles prématurées ? Deux chiffres, en tout cas, n'ont rien de prématuré : plus de 5 000 pharmacies, c'est-à-dire un surnombre par rapport aux normes, et seulement cinq demandes de regroupement d'officines par an entre 1999, date d'entrée en application de la loi, et 2007. Je vous concède que l'élargissement des possibilités de regroupement prévu par la LFSS pour 2008 n'a pu encore produire ses effets. Mais, sans vouloir jouer les oiseaux de mauvais augure, ce que l'on a relevé est dans la stricte continuité des chiffres précédents : nous avons vérifié qu'à la mi-2008 quatre demandes seulement avaient été présentées. Aussi semble-t-il quelque peu optimiste d'espérer que la mesure déclenchera un très fort mouvement de regroupement. D'où la proposition que nous formulons.

S'agissant du mode de gouvernance, la loi de 2004 introduit des mécanismes que la Cour a jugés, dans son rapport de 2007, globalement positifs. Ces mécanismes sont néanmoins perfectibles, en particulier pour ce qui concerne le champ des négociations conventionnelles et leur articulation avec l'ONDAM. Nous avons bien accueilli la création de l'UNCAM. Son directeur général était doté de pouvoirs et d'une certaine autonomie, et les rapports entre cet organisme et l'État étaient clarifiés, notamment par la création de la Haute Autorité de santé. Mais nous avons aussi pointé le risque que les partenaires ne jouent pas le jeu et que l'État intervienne dans le champ de compétences laissé à l'UNCAM, ce qui n'a pas manqué de se produire.

M. Benoist Apparu : Entre-temps, il y a eu des élections...

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes : Certes. Quoi qu'il en soit, nous avons réitéré notre critique d'une trop large délégation de pouvoir accordée aux partenaires conventionnels. Les pouvoirs transférés à l'UNCAM sont en réalité exercés dans le cadre des relations conventionnelles, si bien que chaque avancée en termes d'organisation des soins a

pour contrepartie des rémunérations supplémentaires. Nous ne demandons pas de revenir sur la réforme de 2004 : nous souhaitons simplement que le domaine couvert par les conventions soit réduit et que les avantages en termes de rémunération soient conditionnés au respect des engagements au lieu d'être considérés comme des préalables à la signature de ceux-ci. Nous espérons que la mise en place des ARS permettra de revoir le partage des rôles entre le niveau régional et le champ conventionnel national.

Le rapport souligne également que de nombreuses réformes presque concomitantes – plans de santé publique successifs, réforme de la gouvernance hospitalière, tarification à l'activité... – ont laissé moins de disponibilité aux ARH pour poursuivre les actions de restructuration hospitalière. La Cour pense qu'il est difficile de leur jeter la pierre, compte tenu de l'avalanche de responsabilités qui leur est tombée dessus.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales : Et l'avalanche de pressions !

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes : Sans doute, mais il faut prendre la mesure de ce que l'accumulation de réformes – et c'est probablement un mal nécessaire – peut représenter en termes de perte de repères, de temps consacré, *etc.* Toutes choses égales par ailleurs, il est arrivé aux ARH ce qui est arrivé aux administrations centrales avec la mise en application de la LOLF, qui s'est traduite par des réformes de tous ordres. Il ne faut donc pas s'étonner qu'il y ait quelques difficultés et quelques ratés.

Pour autant, la tarification à l'activité contribue à ces restructurations puisqu'elle pousse à la vérité des coûts et donc à l'adaptation des moyens en fonction de l'activité. Il faut cependant souligner le caractère progressif de la réforme : taux d'application assez réduits au départ, mesures d'adaptation – souvent légitimes – comme les contrats de retour à l'équilibre, tout cela a quelque peu différé l'effet vérité. De même, l'attribution des dotations aux MIGAC n'était guère fondée sur des missions précises et effectives.

Nous avons mené, pour 2006, une première analyse de la mise en place de la T2A qui signalait les risques éventuels d'effets pervers et qui soulignait la nécessité de contrôles adaptés. Nous avons l'intention de reprendre cette enquête en vue du prochain rapport. La réforme sera alors déployée depuis plusieurs années et notre jugement n'aura aucun caractère prématuré.

Que dire, au sujet de la nouvelle gouvernance, qui n'apparaisse comme une prise de position trop brutale ? Nous avons, à tout le moins, relevé des exemples d'interventions ministérielles contreproductives, et ce de la part de gouvernements de différentes couleurs politiques. Par contre, le ministère n'a pas produit d'informations qui fussent claires et pédagogiques sur la nécessité des restructurations, du point de vue médical d'abord et du point de vue des coûts ensuite. L'effort pédagogique reste à consentir. Il nous semble que, si l'on affirme

suffisamment au plan national cette mission de pédagogie et de définition des règles, il deviendra plus difficile de les contredire par des interventions ponctuelles et les ARS se trouveront confortées dans leur action.

En matière informatique, la convergence intersectorielle n'est pas au premier chef une question de systèmes d'information. Les missions du secteur public et du secteur privé sont-elles identiques ? Peut-on mieux valoriser les spécificités comme l'accueil plus fréquent dans les hôpitaux publics de cas lourds, de cas sociaux, de polyopathologies ? Telles sont, sans doute, les questions essentielles qui constituent des préalables à la convergence. La Cour a déjà eu l'occasion d'exprimer certains doutes, non pas au sujet des systèmes d'information, mais à propos de l'importance des pré-requis à satisfaire.

Cela dit, M. Door a raison d'affirmer que la réussite de la T2A dépend de la poursuite des efforts en matière de systèmes d'information, notamment en ce qui concerne la comptabilité analytique. Celle-ci est encore très insuffisamment mise en œuvre dans les établissements.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales : S'agissant de pédagogie, les événements de l'hôpital de Carhaix montrent qu'il est très difficile de faire passer l'information. Celle-ci n'est pas forcément relayée par la télévision ou par la presse. Entre la volonté pédagogique et la capacité à faire passer un message, il peut y avoir un abîme.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes : Certes, monsieur le président. Néanmoins, lorsque l'on passe un examen, il est de bonne pratique de réviser avant l'épreuve. De même, il serait préférable de ne pas attendre d'être devant l'événement pour engager un effort pédagogique.

M. Jean-Marie Le Guen : Très juste !

M. Denis Jacquat, rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'assurance vieillesse : Au sujet de l'assurance vieillesse, la Cour des comptes aborde cette année trois thèmes.

Répondant tout d'abord à une demande parlementaire, elle examine l'adossement des régimes spéciaux au régime de droit commun. Nous ne pouvons que souscrire à son avis, qui met en exergue le respect du principe de neutralité financière.

Elle aborde ensuite la question des outils de pilotage des régimes de retraite. C'est un sujet important mais qui relève plus du domaine réglementaire que du domaine législatif.

Elle analyse enfin le minimum contributif dont elle rappelle que la véritable dénomination, au départ, est le minimum de pension. Le rapport propose de réorienter le dispositif afin de concentrer les attributions du minimum

contributif sur les personnes ayant effectivement travaillé tout au long de leur carrière et celles ayant les retraites les plus basses.

Ces objectifs sont effectivement ceux qui avaient présidé à la mise en place du minimum de pension en 1983. Comme le relève la Cour, aujourd'hui, environ 70 % des bénéficiaires du minimum contributif n'ont pas accompli une carrière complète et des polypensionnés bénéficient du dispositif alors même que le total de leurs pensions tous régimes confondus leur procure un revenu nettement supérieur à la moyenne.

La réforme proposée est pertinente. Elle aurait d'ailleurs l'avantage de revaloriser le minimum contributif par rapport au minimum vieillesse alors que le montant servi au titre du second tend actuellement à se rapprocher de celui du premier, ce qui ne valorise pas le travail. La Cour des comptes relève toutefois un écueil : valoriser les carrières complètes risque de pénaliser fortement les femmes, qui bénéficient souvent du minimum contributif grâce aux validations de trimestres au titre de l'assurance maternité, voire de l'assurance chômage. Comment, selon elle, éviter cet écueil ?

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes : La Cour a en effet mentionné qu'une telle réforme pénaliserait les femmes, dont les durées de cotisation sont en général plus brèves. Pourquoi ce choix ?

D'abord parce que tout parent bénéficie déjà d'une validation gratuite d'annuités n'ayant pas donné lieu à cotisation de l'intéressé. Il s'agit là d'avantages de solidarité indéniables et importants – assurance vieillesse des parents au foyer, majoration pour trois enfants, bonification d'années pour chaque enfant, *etc.* Faut-il y ajouter encore un étage de solidarité sans conditions de ressources, alors que certaines de ces femmes disposent d'autres sources de revenus et que les autres peuvent être prises en charge par le dispositif de solidarité global que constitue le minimum vieillesse ? Le gouvernement s'est du reste engagé à revaloriser le montant de cette prestation qui sera alors, comme la Cour l'a démontré, très proche du montant du minimum contributif.

Compte tenu des perspectives des régimes de retraite, la Cour a considéré qu'il fallait rechercher toutes les pistes d'économies afin de sauvegarder les principes de base de notre régime de retraite contributif, auquel tous les Français sont attachés.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales : J'ai été par ailleurs frappé par le tableau comparatif des cotisations chômage dans les différents pays européens. À taux de chômage identique, la plupart sont au-dessous de 4 % alors que nous sommes à 6,4 %. Un effort de pédagogie important reste à faire au sujet du passage de cotisations UNEDIC vers le financement des dépenses vieillesse, ne serait-ce que pour faire admettre la dégressivité, au moins pour les cadres, des prestations chômage.

Mme Catherine Génisson : Je m'exprime au nom de M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille, qui ne peut assister à cette audition.

Pour la deuxième année consécutive, la Cour des comptes a considéré qu'il était impossible de certifier les comptes 2007 de la branche famille en raison des déficiences générales du contrôle interne, dues notamment à l'absence de fichier national des bénéficiaires de prestations : il est en effet difficile de constituer un fichier national enregistrant l'ensemble des ayants droit. Cet état de fait est préoccupant alors que les missions de la branche famille vont être considérablement étendues avec la gestion du revenu de solidarité active (RSA) et la réforme annoncée du droit de garde opposable du jeune enfant.

La branche famille a-t-elle les moyens suffisants pour assurer convenablement ses missions ? Au moment où la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) entame de nouvelles négociations avec l'État pour la nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2009-2012, qui définira notamment les moyens en personnel, la Cour considère-t-elle que la branche famille peut faire face à ses nouvelles missions à moyens humains et informatiques constants ? Dans quels domaines des gains d'efficacité sont-ils possibles sans nuire à la qualité du service rendu aux allocataires ?

En deuxième lieu, la Cour a souligné à plusieurs reprises la nécessité d'harmoniser le niveau de financement public des différents modes de garde. Pouvez vous expliquer les inconvénients du système actuel ? Est-il opportun que le financement des modes de garde collectifs, en investissement comme en fonctionnement, soit assuré par les crédits d'action sociale de la CNAF ? Ne faut-il pas envisager un financement spécifique et pérenne ?

La troisième série de questions porte sur la préparation de la réforme du droit de garde opposable du jeune enfant. Dans son dernier rapport, la Cour préconise de renforcer la cohérence des différents acteurs concernés par la garde des jeunes enfants – ministère en charge de la famille, ministère de l'éducation nationale, collectivités territoriales et branche famille de la sécurité sociale. Pour parvenir à structurer l'offre de garde, serait-il utile de créer une nouvelle compétence obligatoire pour les collectivités territoriales ? L'échelon communal paraît-il adapté pour coordonner et développer l'offre ? Quels sont les facteurs qui bloquent actuellement ce développement ?

La Cour souligne que les quatre plans crèches devaient permettre de créer 75 000 places d'accueil dans la période 2000-2007 mais que le nombre de places disponibles en crèches collectives et en crèches familiales n'a été finalement que de 37 800. Dans le même temps, la scolarisation des enfants de deux à trois ans a diminué : moins 27 % entre 2003 et 2007. La demande de garde s'en est trouvée accrue alors même que le développement de l'offre prenait du retard.

Quelles sont les préconisations de la Cour pour permettre une augmentation de l'offre de garde assurée par les assistantes maternelles ? Quelle

appréciation porte-t-elle sur la contribution des entreprises de crèches pour le développement de l'offre ? Est-il avéré que cette sorte de « délégation de service public » de la garde d'enfant est source d'économies pour les communes par rapport à la gestion directe ?

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes : Les questions soulevées par la certification des comptes de la branche famille concernent les procédures de contrôle, dont l'amélioration ne nécessiterait pas de mobiliser des effectifs particulièrement importants : il s'agit plutôt de méthode. Il faudrait sans doute renforcer les services comptables et les cellules d'audit interne, mais cela peut se faire par redéploiement.

Les moyens nécessités par la gestion d'une prestation nouvelle sont d'une autre nature. N'y voyez pas une échappatoire, mais nous ne pourrions estimer si la branche famille a ou non les moyens de gérer le RSA tant que nous serons dans l'ignorance des modalités qui seront finalement retenues. Cependant, le cumul des tâches peut constituer une difficulté temporaire pour la caisse nationale, qui est chargée de mettre à disposition le réseau, les moyens et les outils nécessaires pour permettre la mise en place du RSA. Les caisses d'allocations familiales (CAF) devront aussi faire un effort d'adaptation. Dans le cadre de la révision générale des politiques publiques, l'observatoire national des charges de gestion a précisément pour mission de mesurer l'impact des réformes sur l'activité des caisses et de veiller à leur efficience.

Deuxième thème important, le niveau de financement public des différents modes de garde. La collectivité aide les familles à financer la garde de leurs jeunes enfants par deux canaux : d'abord, la PAJE sous forme d'un transfert monétaire accordé en fonction du mode de garde choisi ; ensuite, des allègements fiscaux – sous forme de crédit d'impôt et d'exonération partielle de charges patronales – pour les enfants gardés par une assistante maternelle ou gardés à domicile.

La combinaison de ces deux modes de financement ne nous apparaît pas optimale pour deux raisons. Premièrement, si la PAJE a entraîné une diminution générale du taux d'effort des familles tous revenus confondus, les familles les moins aisées ont toujours un taux d'effort supérieur à celui des familles plus aisées – j'entends par là les revenus supérieurs à six fois le SMIC. Deuxièmement, la garde à domicile, qui reste souvent inabordable pour les familles les plus modestes, est aussi un mode de garde coûteux pour la collectivité. L'effort public se trouve paradoxalement concentré sur les familles les plus aisées.

En dépit de l'augmentation de cet effort, donc, les inégalités n'ont été que très partiellement résorbées. Dans un contexte où la montée en charge de la PAJE et des allègements fiscaux a accru de 60 % entre 2003 et 2006 le coût moyen de la garde d'un enfant pour la collectivité, il est souhaitable de reprendre la réflexion et de réorienter les aides au bénéfice des familles les plus modestes.

Le recours aux crédits d'action sociale de la CNAF pour le financement des modes de garde collectifs est une question sensible, certains envisageant de transférer ce financement vers les collectivités territoriales. Bien que la Cour n'ait pas approfondi cette question, permettez-moi une observation : l'intercommunalité est-elle suffisamment développée sur le plan institutionnel et financier pour être un support adéquat et, à l'inverse, la commune n'est-elle pas généralement un support trop réduit ? D'ores et déjà, il semble bien que l'inégalité dans l'accueil des enfants de deux ans en maternelle résulte moins d'une position générale de l'éducation nationale que, souvent, de décisions municipales.

Mme Catherine Génisson : Ce n'est pas faux.

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes : Répondre à toutes les questions que vous avez soulevées, madame Génisson, supposerait de longs développements et m'entraînerait probablement au-delà des constats du rapport. J'interprète vos propos comme une demande implicite pour que la Cour reprenne des investigations conjointes avec les chambres régionales des comptes sur ces thèmes.

En ce qui concerne une éventuelle compétence obligatoire nouvelle pour les collectivités territoriales, je vous renvoie à ma réponse précédente. Un transfert permettrait-il vraiment de gagner une stabilité des financements dans le temps et une meilleure répartition sur le territoire ? On peut en douter. Selon moi la véritable question porte sur l'articulation entre l'action des CAF et celle des collectivités locales ou du secteur associatif. C'est un sujet dont j'ai pu faire l'expérience en d'autres temps, et je parle en présence de mon premier adjoint de l'époque !

En tout état de cause, la Cour a constaté que les structures de coordination prévues par le législateur depuis 2002 tardaient à se mettre en place. Les commissions départementales de l'accueil des jeunes enfants, qui ont pour mission d'identifier les besoins et de coordonner le développement de l'offre de garde, n'existaient en 2007 que dans une soixantaine de départements.

Les facteurs qui bloquent l'offre sont multiples. Le désengagement des écoles maternelles de la scolarisation précoce à deux ans a une incidence évidente sur la demande. En application du 2° de l'article 58 de la LOLF, nous venons d'ailleurs de remettre un rapport sur l'école maternelle, dans lequel nous faisons le point sur ce dossier.

La Cour a par ailleurs observé que, parmi les modes de garde, la garde collective est plébiscitée non seulement par les parents mais aussi par les communes. Or c'est un mode coûteux, c'est le plus long à mettre en place, et il est paradoxalement sous-utilisé. Selon les données de la caisse nationale, le taux de remplissage constaté n'est que de 67 %. Il convient à l'évidence de se pencher sur ce phénomène.

Parallèlement à l'engouement pour les crèches, la Cour a observé que l'offre assurée par les assistantes maternelles est un peu considérée comme le parent pauvre. Diverses pistes ont été repérées pour améliorer l'image de marque des assistantes : révision des modalités d'obtention d'agrément et des normes de logement – probablement trop exigeantes à l'heure actuelle –, réforme du cadre juridique des crèches familiales pour permettre la mise à disposition de locaux à des assistantes maternelles, *etc.*

S'agissant enfin des entreprises de crèches, malgré le caractère partiel de ses investigations, la Cour a noté que l'acceptation culturelle par les CAF et les collectivités territoriales de cette forme de partenariat était, si vous me passez l'expression, « à parfaire ».

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales : Pour avoir testé en tant qu'élu local les différentes formules, je constate que les entreprises privées de crèches permettent d'accueillir 15 à 20 % d'enfants en plus. La souplesse de gestion permet un coefficient de remplissage beaucoup plus élevé et une adaptation des postes en fonction du nombre d'enfants et non pas l'inverse. Beaucoup de collectivités seront tentées de suivre cette orientation.

Mme Catherine Génisson : Il faut bien distinguer crèches privées et crèches d'entreprise. Je crois comme vous, monsieur le premier président, que la qualité des relations avec les CAF et les collectivités territoriales est perfectible. En outre, les crèches d'entreprise ne sont pas la panacée mais elles peuvent tout à fait trouver leur utilité, surtout lorsqu'elles sont interentreprises. Par contre, on ne traite pas assez du problème de la garde d'enfants en milieu rural.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales : La règle du maximum de neuf enfants et les autres normes entourant les micro-crèches ont été à ce point rigidifiées qu'elles tuent la possibilité de créer des crèches en milieu rural. Il existe un vrai problème de normes excessives.

M. Pierre Cardo : À force d'augmenter les exigences en matière d'encadrement, de normes incendie, *etc.*, on ne cesse d'accroître les coûts de fonctionnement. C'est ce qui explique que ces microstructures soient trop peu nombreuses : elles ne répondent même pas à 30 % des besoins. De plus, à force d'exiger des qualifications supplémentaires, on finit par éloigner de ces emplois de la petite enfance des personnes tout à fait aptes à les exercer. Si les exigences concernant les assistantes maternelles paraissent excessives, que dire des autres personnels – puéricultrices, éducatrices de jeunes enfants, *etc.* – que les crèches collectives doivent employer ? Une assistante maternelle peut s'occuper de trois ou quatre enfants à son domicile mais il lui faut une qualification supplémentaire pour exercer en crèche collective. Ce n'est pas acceptable. Qui plus est, pour des enfants que l'on nous demande de scolariser en maternelle à l'âge de deux ans, un enseignant et un agent territorial spécialisé des écoles maternelles (ATSEM) sont

censés suffire alors que, la nuit, la norme est d'une personne pour trois enfants qui dorment ! Vraiment, on peut se poser des questions sur la complexité de notre système et sur ses contradictions.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales : Je demanderai à madame la ministre de la santé et à madame la secrétaire d'État chargée de la famille de venir répondre conjointement à notre commission sur les adaptations qu'il est urgent d'apporter pour les normes d'encadrement des établissements d'accueil des jeunes enfants.

M. Jean-Luc Prével : Je félicite la Cour et son premier président pour la synthèse qu'ils nous ont fournie. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un rapport de 500 pages et qu'il nous serait utile, comme je le répète tous les ans, d'en avoir communication un peu plus tôt.

En matière d'assurance maladie, l'ONDAM est le point essentiel. La Cour estime à juste titre que son respect devrait être la préoccupation prioritaire. Si tel n'est pas le cas, c'est sans doute que l'ONDAM est aujourd'hui fixé de manière économique et que les gouvernements successifs ont tendance à sous-évaluer la dépense pour présenter un équilibre qu'en définitive on n'atteindra pas. En 2003 déjà, le rapport fait par M. Alain Coulomb au nom de la commission des comptes de la sécurité sociale préconisait la médicalisation de cet objectif. Qu'en pense la Cour des comptes ?

Comment maîtriser les dépenses sans responsabiliser les professionnels de santé, qui aujourd'hui se comportent comme un lobby ? La réforme annoncée du pilotage régional du système de santé pourrait les impliquer dans des conseils régionaux de santé, ce qui permettrait de les associer en amont aux décisions et en aval et la gestion. N'est-ce pas une piste pour leur responsabilisation ?

On a aussi évoqué la mise en place de nouvelles lettres-clefs flottantes. J'ai cru comprendre que la Cour des comptes n'y était pas franchement favorable, dans la mesure où cette disposition mettrait à mal la politique conventionnelle et risquerait de déresponsabiliser les professionnels. Ne devrait-on pas plutôt tenter de généraliser les bonnes pratiques médicales, en mettant notamment en place des logiciels d'aide au diagnostic et au traitement ?

Quelle est l'appréciation de la Cour sur les sous-objectifs votés par la Représentation nationale ? Comment financer les réseaux de soins ? Une ordonnance délivrée à la sortie de l'hôpital relève-t-elle des soins de ville ou des soins hospitaliers ? Les futures agences régionales de santé (ARS) ayant pour vocation de devenir les responsables uniques de la santé au niveau régional, la logique ne serait-elle pas de supprimer les sous-objectifs de l'ONDAM pour aller vers des objectifs régionaux ?

Après les 5,1 milliards d'euros en 2007, où en est-on en 2008 pour ce qui est des exonérations non compensées ?

Vous avez évoqué la CADES, monsieur le premier président. Mais les déficits pour 2007 et 2008 ne sont pas aujourd'hui financés. Vous avez également estimé les frais financiers à 3,9 milliards d'euros. La logique du système ne veut-elle pas que l'on confie les déficits à la CADES, et partant que l'on augmente la CRDS pour que le déficit ne soit pas financé par les générations futures?

Vous souhaitez, semble-t-il, intégrer le FFIPSA dans le régime général. Qu'en sera-t-il alors du déficit de ce fonds, qui atteint sans doute 10 milliards actuellement en montant cumulé ?

Je comprends les remarques de la Cour sur les marges réalisées par les pharmacies d'officine. Mais la diminution du nombre d'officines entraînera-t-elle une diminution du déficit de l'assurance maladie ?

M. Philippe Séguin, premier président de la Cour des comptes : Je vous remercie, Monsieur Préel, pour l'appréciation que vous portez sur le travail de la Cour. J'ai déjà fait état de ma perplexité quant à la différence entre la maîtrise médicalisée et la maîtrise comptable. Il m'est donc difficile de répondre sur la médicalisation de l'ONDAM. Pour le reste, je laisse à Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes, le soin de répondre à vos questions.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes : L'ONDAM est forcément économique puisqu'il consiste à déterminer une enveloppe. La question est ensuite de déterminer les mesures que l'on prend pour s'en tenir à cette enveloppe : gestion du risque, mesures de bonne pratique, bref, tout ce qui peut encadrer l'activité quotidienne des professionnels de santé. Une telle réforme ne se fait pas en un jour. Beaucoup de progrès ont été réalisés même si l'on n'a pas encore établi de référentiels et de protocoles pour tous les soins. Lorsque ces référentiels et ces protocoles existent, il faut s'assurer qu'ils sont respectés, ce qui pose tout le problème de la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles. De même, le chantier de la formation est constamment rouvert depuis dix ans mais reste en *stand by*.

Il faut bien entendu mener à bien ces réformes. Le problème est que cela produira des effets difficilement mesurables à court terme et que cela nécessitera une volonté permanente, forte et puissante, des piqûres de rappel, un effort pédagogique constant.

Ce n'est pas seulement un problème économique, c'est aussi une condition pour des soins de qualité. Par exemple, la Cour a travaillé cette année sur le cancer et a constaté – sans, bien sûr, s'aventurer sur le terrain médical – des différences considérables dans les thérapeutiques.

Pour autant, on ne peut garantir par ces seuls moyens le respect de l'objectif. Il faut, à un moment donné, prendre des mesures plus contraignantes. La Cour demande notamment que l'on s'assure du respect des engagements pris dans les conventions avant d'accorder de nouvelles augmentations d'honoraires.

Celles-ci ne doivent pas être comprises, comme c'est le cas actuellement, comme le prix de l'entrée dans une démarche conventionnelle, sans que l'on vérifie par la suite le respect des engagements. Ce que le Parlement a voté l'an dernier – une sorte de moratoire de six mois permettant de juger des évolutions avant de rendre les revalorisations effectives – constitue déjà un progrès.

Même s'il ne faut pas opposer médicalisation et économie, le cadre reste tout de même économique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail : C'est une opposition sémantique.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes : Oui, c'est de la sémantique.

La Cour n'a pas pris position en ce qui concerne les lettres-clefs flottantes. Il ne faut pas oublier que le système a fonctionné pour les cliniques et les laboratoires bien avant le « plan Juppé ». La T2A est un peu bâtie sur ce principe : quand les volumes augmentent, les tarifs baissent. Je me garderai de porter une appréciation sur l'opportunité d'étendre aux professionnels de santé un dispositif qui existe déjà pour les établissements de soins. Le sujet est complexe. On va dire, je le sais bien, que c'est de la maîtrise comptable, mais le déficit nous met dans une situation très difficile, et je ne pense pas que la situation sera plus facile à gérer l'année prochaine. Le vote des sous-objectifs a constitué un progrès. Cela a permis au Parlement de décider du partage entre les différents segments de soins et d'avoir connaissance des outils prévus pour respecter ces sous-objectifs.

La mise en place des ARS remettra-t-elle en cause ce dispositif ? Il n'est pas envisagé, en l'état de nos informations, d'établir des enveloppes régionales de santé. J'ai cependant cru comprendre que le ministère avait cette disposition en perspective puisqu'il a envisagé d'annexer au budget des ARS des états récapitulatifs et prévisionnels de toutes les sommes consacrées à la santé dans chaque région, qu'elles viennent de l'assurance maladie, de l'État ou de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (UNSA). L'idée est donc bien de commencer à repérer le coût de la santé région par région avant d'élaborer peut-être, un jour, des enveloppes régionales.

Les exonérations que la loi ne prévoit pas de compenser représentent un montant d'environ 3 milliards d'euros de pertes sèches pour la sécurité sociale. Il s'agit, pour l'essentiel, d'exonérations antérieures à la loi de 1994. Pour le reste, la reconstitution des dettes de l'État à l'égard de la sécurité sociale au titre de 2007 représente 1,5 milliard d'euros. Le rapport relève également que des insuffisances de crédits budgétaires pour 2008 dessinent une perspective de dette, à moins qu'une loi de finances rectificative ne prévoise, avant la fin de l'année, d'abonder le budget en conséquence.

En ce qui concerne la CADES, je ne peux que reprendre les propos du premier président. Il n'y a d'autre solution qu'une recette supplémentaire pérenne, régulière et suffisante.

M. Jean-Luc Préel : En somme, vous nous proposez de reconduire la CRDS.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes : La CRDS, c'est 0,5 % d'une assiette à peine plus large que celle de la CSG. Dans les deux cas, il s'agit d'un prélèvement obligatoire : il n'y a pas de miracle ! Mais il est vrai que la CRDS était la recette dédiée à la CADES.

Pour ce qui est des pharmacies, nous avons démontré que, si la rémunération était en effet favorable, elle avait été fixée à ce niveau dans le but de permettre à de petites officines de survivre. Avant que le Parlement ne vote une nouvelle disposition, les préfets accordaient toutes les autorisations par dérogation – et ce depuis 1941, date à laquelle a été institué le système des quotas. L'excédent du stock de pharmacies sera long à résorber. En attendant, nous avons établi que les marges étaient importantes et que l'on pourrait peut-être les abaisser si les officines avaient un champ plus large. Voilà pourquoi la Cour a estimé que, pour encourager au regroupement, il fallait peut-être durcir les conditions de rémunération.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales : Jean-Luc Préel soulève tous les ans – comme le faisait Claude Évin – l'hypothèse de transmettre aux régions une enveloppe globale dont seraient responsables les dirigeants de l'assurance maladie. Cela revient à mettre en place une fongibilité. Si l'on expérimentait une enveloppe globale, verriez-vous des objections à ce qu'il y ait des différences de remboursement selon les régions ? Si l'on n'expérimente pas des enveloppes régionales dans le cadre d'« ORDAM » (objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie), je ne vois pas comment on parviendra à une responsabilisation.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes : À l'évidence, les agences régionales de santé se heurteront à des difficultés si elles ne maîtrisent pas une enveloppe. Cela étant, l'instauration d'une « enveloppe régionale de santé » risque de faire peur à beaucoup d'acteurs du monde de la santé : il faudra partager le gâteau, privilégier, le cas échéant, telle partie du territoire ou tel secteur actuellement sous-équipé, et distribuer les montants entre les différents segments à l'intérieur d'une même région. Il s'agit sans doute d'un levier puissant : encore faut-il que les ARS montent en charge et installent bien leurs positions.

M. Pierre Méhaignerie, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales : Monsieur le premier président, Madame la présidente, je vous remercie.

B. AUDITION DE M. XAVIER BERTRAND, MINISTRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE ET DE LA SOLIDARITÉ, DE MME ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN, MINISTRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, DE M. ÉRIC WOERTH, MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, DE MME VALÉRIE LÉTARD, SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉE DE LA SOLIDARITÉ, ET DE MME NADINE MORANO, SECRÉTAIRE D'ÉTAT CHARGÉE DE LA FAMILLE

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a entendu M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, et Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 au cours de sa séance du mercredi 15 octobre 2008.

M. le président Pierre Méhaignerie. Après l'effort de redressement que nous avons accompli depuis deux ans, nous avons le sentiment de voir l'horizon s'éloigner et qu'il nous faudra, au cours de l'année 2009, rassembler nos énergies. Lorsque j'apprends qu'une marche contre la réforme des retraites outremer mobilisait il y a quelques jours 5 000 personnes en Polynésie, je me dis que nous aurons besoin de courage si nous voulons que nos enfants et nos petits-enfants aient confiance en l'avenir de notre pays, mais cela dépend de notre capacité à redresser nos comptes.

Des efforts ont été faits, j'en conviens ; si rien n'avait été entrepris, c'est à 15 milliards d'euros que s'élèverait aujourd'hui le déficit du régime général pour 2009.

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique. Avant de me rendre au Sénat pour présenter le projet de loi de finances rectificative, j'évoquerai brièvement devant vous le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2009.

Nous avons, dans ce projet de loi, respecté les objectifs fixés en 2008 : nous avons réduit le déficit, en dépit d'une progression moins forte que prévu de la masse salariale, 4,5 % au lieu de 4,8 %. Le déficit du régime général continue de baisser : il est de 8,9 milliards d'euros, contre 9,5 milliards l'année dernière. Quant au déficit de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), il sera de 4 milliards d'euros, ce qui est le meilleur niveau atteint depuis 2001. On peut donc parler de bonne nouvelle, puisqu'il atteignait 11,6 milliards en 2004.

S'agissant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), j'ai une bonne et une mauvaise nouvelle : la mauvaise, c'est qu'il devrait encore être dépassé ; la bonne, c'est que le dépassement sera limité à

750 millions d'euros, soit 0,5 % de son montant global. C'est la meilleure performance depuis 1999. Je vous rappelle que le dépassement atteignait 3 milliards l'année dernière.

L'impact de la dégradation de la conjoncture sur les comptes sociaux sera en 2009 de plus de 3 milliards d'euros, qui pèseront sur les finances de la sécurité sociale : la prévision de croissance de la masse salariale est passée de 4,5 % à 3,5 %. Ce point qui manque cette année représente 2 milliards de recettes en moins pour le régime général ; par ailleurs, l'inflation plus forte que prévu en 2008 conduit à un surcroît de dépenses – prestations familiales et retraites – de 1,4 milliard d'euros.

Notre objectif est ambitieux, mais je pense qu'il est possible, d'ici à 2012, de parvenir à l'équilibre du régime général, en poursuivant la réduction du déficit de la sécurité sociale.

Dans un contexte de crise économique, notre impératif est de ne pas pénaliser les ménages et de limiter les prélèvements nouveaux sur les entreprises. C'est ce que Mme Bachelot-Narquin et moi-même nous sommes efforcés de faire.

La voie est étroite. Cela suppose d'être très ferme sur la dépense et d'optimiser les financements. Notre principe d'action, c'est la responsabilité : il faut que chacun assume ses responsabilités et que les efforts soient partagés.

Si nous n'avions pris aucune mesure, le déficit du régime général serait de 15 milliards d'euros en 2009. Le projet de loi permettra de le ramener à 8,6 milliards d'euros. C'est un effort équilibré, qui se traduit par des économies – plus de 3 milliards, dont 1 milliard au titre des frais financiers –, des transferts au sein de la protection sociale – 1,7 milliard – et des recettes nouvelles – 1,4 milliard.

Notre stratégie de retour à l'équilibre repose sur quatre piliers : le règlement des dettes du passé, une maîtrise constante de la dépense, l'adaptation des ressources au sein de la protection sociale, sans hausse des prélèvements, et la sécurisation des recettes par un meilleur encadrement des niches sociales.

Assumer ses responsabilités, cela vaut d'abord pour l'État. Nous les assumons. Je me suis engagé, l'année dernière, à régler la question du déficit du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) : ce sera fait dans le cadre de ce PLFSS puisque l'État reprendra, à la fin de l'année 2008, l'intégralité de la dette, qui s'élève à 7,5 milliards d'euros. En outre, il affectera au financement des prestations maladie des non-salariés agricoles, non plus la moitié, mais la totalité de la taxe sur les véhicules de société, ce qui représente 1,2 milliard d'euros. Cela permettra d'équilibrer cette branche et de l'intégrer financièrement à la CNAMTS. Cette opération permettra à la Mutualité sociale agricole (MSA) de continuer à financer les prestations maladie des salariés.

L'État a également repris la dette de la branche vieillesse, qui verra donc ses charges allégées de 200 millions d'euros, mais la situation des finances publiques ne permet pas d'aller plus loin. Le Gouvernement s'engage à revoir cette question dans le cadre du point d'étape sur les retraites, qui aura lieu en 2010. Jusqu'à cette date, le versement des prestations sera garanti grâce à l'autorisation d'emprunt accordée à la MSA.

Prendre ses responsabilités, c'est aussi régler la question des dettes accumulées de la sécurité sociale. Comme je m'y étais engagé l'année dernière, le projet de loi prévoit un transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits cumulés du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), soit près de 27 milliards d'euros à la fin de l'année 2008, sans hausse de prélèvement et sans report sur les générations futures. Nous affecterons donc à la CADES une fraction de la CSG – 0,2 point, ce qui représente 2,3 milliards d'euros – dont bénéficie aujourd'hui le FSV.

Il y avait d'autres solutions : la première, que nous avons écartée, consistait à puiser dans le Fonds de réserve (FRR) des retraites ; une autre aurait été d'augmenter la CRDS. Considérant qu'il n'était pas souhaitable d'alourdir la pression fiscale, nous avons préféré agir par le biais du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Notre solution a un mérite essentiel : tout le monde est gagnant. Il n'y a pas de hausse des prélèvements, pas d'allongement de la durée de vie de la CADES, et le régime général économise plus de 1 milliard d'euros de frais financiers. Le FSV lui-même améliore sa situation financière, puisque sa propre dette passera de 3,9 milliards d'euros fin 2008 à 800 millions d'euros en 2009.

La clé du redressement passe par la maîtrise des dépenses, notamment celle de l'assurance maladie. Nous avons décidé de fixer le taux de progression de l'ONDAM à 3,3 % en 2009. C'est un objectif ambitieux, mais réaliste. Je vous rappelle qu'il nous faudra poursuivre le même objectif pendant cinq ans, dans le cadre de la loi de programmation pluriannuelle des finances publiques. Nous avons pris des engagements en ce sens.

Nous avons également veillé, avec Mme Bachelot-Narquin, à ce que l'effort soit équitablement réparti entre tous les acteurs, en particulier les médecins et les organismes mutualistes.

Quant à la Haute autorité de santé (HAS), elle doit poursuivre et accélérer son travail de publication de référentiels médico-économiques, afin de permettre à tous les acteurs de la santé de prendre leurs responsabilités. Il nous faut « resserrer les vis » à tous les étages de notre système de santé.

Prendre ses responsabilités, c'est aussi admettre que les besoins sociaux évoluent et que nos financements doivent s'adapter. C'est dans cette logique que s'inscrivent les transferts entre la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), ainsi qu'entre l'UNEDIC et l'assurance vieillesse. En dépit de la hausse, que j'espère

conjoncturelle, du chômage, nous n'avons pas écarté cette solution. Je pense, au contraire, que la hausse de 0,3 point peut être facilement absorbée par l'UNEDIC.

La préservation des recettes est le quatrième point fort de ce PLFSS. Nous avons souhaité affecter 1,4 milliard d'euros, provenant des mutuelles, des institutions de prévoyance et des assureurs, à l'assurance maladie, afin de prendre en compte le nombre croissant de personnes victimes d'affections de longue durée, qui pèsent de plus en plus lourdement sur le budget de la sécurité sociale. Nous avons souhaité procéder à un rééquilibrage, sans assortir celui-ci d'une augmentation des cotisations aux complémentaires.

Nous inspirant des propositions de M. Yves Bur, nous avons également décidé de mettre en place un forfait social. Il s'agit d'une contribution patronale de 2 % sur l'intéressement, la participation, l'épargne salariale et la retraite supplémentaire. Cette disposition est en cohérence avec le projet de loi que Xavier Bertrand a récemment présenté au Parlement. Dans la mesure où nous voulons développer les dividendes du travail, il est naturel qu'ils participent au financement de la protection sociale.

Nous prendrons enfin, dans ce projet de loi, des mesures efficaces pour lutter contre la fraude, qui compléteront celles qui ont été votées l'année dernière – je pense notamment à une sanction plancher, à la fois administrative et financière, en cas de fraude manifeste à l'assurance maladie.

Au-delà de 2009, notre stratégie est claire : nous visons un retour à l'équilibre des finances de l'assurance maladie et du régime général d'ici à 2012. C'est un objectif ambitieux, mais les mesures que je vous propose nous permettront de le réaliser.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie à 157 milliards d'euros, soit 5 milliards de plus qu'en 2008 et une progression de 3,3 %. Ce taux réaliste, égal au taux constaté en 2008, est supérieur à la prévision de croissance, ce qui nous permettra de poursuivre notre effort de modernisation de notre système de soins et de financer les nouveaux besoins en matière de santé.

Nous souhaitons en effet poursuivre notre soutien aux projets d'investissements destinés à moderniser les établissements de santé dans le cadre du plan Hôpital 2012. Je rappelle que 10 milliards d'euros sont prévus dans ce plan destiné à soutenir des projets répondant à des critères d'efficacité afin de favoriser les recompositions hospitalières et de développer les systèmes d'information.

En outre, dans le cadre de la campagne tarifaire, je souhaite améliorer le dispositif de financement de la tarification à l'activité (T2A), en prévoyant des

financements complémentaires pour tenir compte de la précarité et de la sévérité des pathologies des patients accueillis.

Il nous faut aussi financer des plans de santé publique tels que le plan de lutte contre le cancer, le plan de développement des soins palliatifs ou encore le « plan Alzheimer », qui sont des priorités fixées par le Président de la République.

Je souhaite donner à notre système de santé les moyens de se réorganiser, notamment en assurant une meilleure fluidité dans les parcours de soins, une meilleure coordination entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les services médico-sociaux. Tel est l'objet du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), que je présenterai la semaine prochaine au Conseil des ministres. C'est aussi dans cette optique que, comme l'an dernier, j'ai voulu un taux de progression de l'ONDAM équilibré entre la médecine de ville et l'hôpital – il est de 3,1 % pour l'une comme pour l'autre –, afin que les deux piliers de notre système de santé évoluent de manière coordonnée.

Ce taux d'évolution suppose un renforcement de nos efforts d'efficience et de maîtrise médicalisée. Afin d'inciter les assurés à mieux respecter le parcours de soins, nous prévoyons d'augmenter de 20 points le ticket modérateur pour ceux qui ne respectent pas le parcours de soins. C'est la seule mesure qui pèsera sur les assurés et il leur sera facile, vous en conviendrez, de s'en exonérer.

Mais l'essentiel des 2,2 milliards d'euros d'économies repose sur la mobilisation de toutes les marges d'efficience de notre système de santé.

Je souhaite tout d'abord renforcer les efforts de maîtrise médicalisée des dépenses. Utilisons les nouveaux outils dont nous disposons pour agir sur les comportements : réduire les actes redondants, diminuer les surprescriptions, rendre plus systématique le recours à des thérapeutiques qui, pour une efficacité médicale équivalente, ont un coût moins élevé pour la collectivité. À cet égard, j'attends beaucoup des recommandations médico-économiques de la HAS, à laquelle, dans une lettre du 7 avril dernier, nous avons demandé des recommandations sur certaines stratégies thérapeutiques et médicamenteuses. J'ai noté avec satisfaction qu'elle a récemment rendu un avis sur l'hypertension artérielle, dans lequel elle recommande la prescription des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) moins coûteux que les sartans.

Plus généralement, l'évaluation par la HAS de la portée thérapeutique réelle des produits de santé doit guider notre action. Il n'est pas aberrant que les dépenses de santé soient prioritairement affectées aux produits et aux prestations dont le service médical rendu est satisfaisant.

Je compte aussi beaucoup sur la CNAMTS et je souhaite qu'elle mène, comme chaque année, une campagne d'information sur les prescriptions à destination des professionnels de santé. La caisse dispose désormais de moyens renforcés pour assurer ses missions. Depuis la loi de financement de la sécurité

sociale pour 2008, elle peut soumettre à la procédure d'accord préalable du médecin-conseil de l'organisme local d'assurance maladie les surprescripteurs pour l'ensemble des actes et des prestations. Éric Woerth et moi-même avons récemment écrit à son directeur général pour lui demander d'accentuer ses efforts en ce domaine.

Enfin, je souhaite que la CNAMTS nous permette de réaliser les 520 millions d'euros d'économies prévus au titre de la mise en œuvre de la tranche 2009 de maîtrise médicalisée dans le cadre de la convention médicale, et que le taux de réalisation soit supérieur à celui de 60 % que nous enregistrons depuis plusieurs années.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale contient en outre des mesures visant à mieux maîtriser à la fois les volumes et les tarifs.

Il s'agit tout d'abord d'infléchir la consommation de soins dont la justification médicale est discutable. On constate des écarts très importants dans les traitements prescrits, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, à des patients qui présentent un diagnostic semblable. Ce n'est pas normal, notamment lorsque ces écarts sont significatifs et qu'ils concernent des prescriptions en très forte croissance. Cela prouve que notre système de soins présente un potentiel d'efficacité non négligeable. C'est pourquoi le PLFSS propose deux mesures permettant d'homogénéiser certaines prescriptions.

La première concerne les actes en série, notamment les actes paramédicaux, tels que les séances de masso-kinésithérapie. Nous proposons de soumettre les patients et les professionnels de santé au respect de référentiels validés par la HAS. Des exceptions justifiées resteront naturellement possibles en fonction des données médicales du patient.

La seconde porte sur les médicaments inscrits sur la « liste en sus » de l'hôpital : il s'agit de médicaments ne pouvant, compte tenu de leurs caractéristiques, être intégrés dans les tarifs de droit commun des prestations d'hospitalisation. Souvent très innovants, ils enregistrent une croissance annuelle supérieure à 15 %. Nous proposons de responsabiliser les agences régionales de l'hospitalisation et les directeurs d'établissement, en les incitant à maîtriser ces dépenses par la définition avec l'assurance maladie, le cas échéant, d'un plan d'action à respecter.

Au-delà de la maîtrise des volumes, nous devons aussi chercher à contenir la progression des prix et des tarifs. Dans les secteurs qui connaissent des gains de productivité importants ou une forte progression en volume, cela passe par une gestion dynamique des tarifs et des prix. Cela vaut pour le secteur de l'industrie pharmaceutique, car les prix des produits de santé de grande consommation doivent se rapprocher des prix des marchés les moins chers d'Europe. Nous envisageons donc, dans la continuité du plan « Médicaments et dispositifs médicaux », des diminutions de prix, qui porteront sur les médicaments

les moins innovants. Nous pourrions réaliser d'autres économies, non seulement en accélérant la convergence des prix au sein de certaines classes pharmaceutiques homogènes ou en accentuant la baisse des prix des génériques en augmentant la décote par rapport aux princeps, mais également en encourageant la progression des grands conditionnements, en favorisant la baisse des prix des dispositifs médicaux et en ajustant les marges de distribution, en ville comme à l'hôpital.

Ce qui est vrai pour le secteur du médicament l'est aussi pour les professions ayant réalisé d'importants gains de productivité. Dans le rapport qu'elle m'a remis en juillet dernier, la CNAMTS constate à juste titre que, au regard du progrès technique, les tarifs des actes des biologistes et des radiologues paraissent nettement plus élevés que ceux des autres professionnels de santé. Il semble légitime, dans le prolongement des mesures prises en 2007, d'adapter les tarifs de ces deux spécialités qui, en outre, enregistrent une croissance très rapide de leurs volumes d'actes et bénéficient de marges nettes élevées. Dans cette perspective, je continuerai de suivre attentivement les discussions entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des professions concernées, dans le cadre des négociations conventionnelles et des commissions de hiérarchisation des actes compétentes.

Je souhaite que l'hôpital poursuive ses efforts de modernisation et d'apurement financier. Je rappelle que le Président de la République a fixé un objectif de retour à l'équilibre des hôpitaux pour 2012. Outre la maîtrise médicalisée des médicaments inscrits sur la « *liste en sus* », le projet de loi prévoit plusieurs dispositions en ce sens.

Tout d'abord, afin d'inciter les établissements présentant des profils de dépenses atypiques à se réorganiser, le dispositif de mise sous entente préalable, déjà prévu pour la chirurgie ambulatoire, sera étendu aux autres activités hospitalières. Par exemple, une maternité qui présente un taux de césariennes particulièrement élevé par rapport à la moyenne comparable pourra être mise sous entente préalable.

Par ailleurs, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), qui regroupera les structures intervenant actuellement sur les différents aspects de l'efficacité, permettra aux hôpitaux de disposer des expertises nécessaires pour se réorganiser.

Enfin, le projet de loi prévoit l'assouplissement des procédures de traitement des situations de déséquilibre financier – plan de redressement, contrat de retour à l'équilibre, mise sous administration provisoire – dans une logique de gradation, afin de mieux responsabiliser les établissements.

Cet effort d'optimisation ne saurait toutefois se limiter à une partie de nos dépenses de santé. Nous prévoyons donc de renforcer le rôle des organismes complémentaires dans les négociations conventionnelles, tout particulièrement

dans des secteurs comme l'optique et le dentaire, où ils prennent en charge une part importante des dépenses.

Depuis la dernière loi de financement de la sécurité sociale, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) peut émettre un avis sur les projets de conventions et d'avenants. Le Gouvernement propose d'aller au-delà de ce rôle consultatif et de mieux associer l'UNOCAM à la négociation des conventions avec les professionnels de santé : elle sera désormais invitée à toutes les négociations et, dans les secteurs tels que l'optique et le dentaire, où les organismes complémentaires jouent un rôle majeur dans la prise en charge des dépenses, sa signature sera obligatoire. Toutefois, afin que ces nouvelles règles ne conduisent pas à un blocage de la vie conventionnelle dans ces secteurs, l'UNOCAM votera à la majorité qualifiée et, au cas où elle refuserait de signer, l'accord entrerait en vigueur après un certain délai, qui devrait être fixé à six mois par décret.

Le PLFSS revêt cette année une signification particulière car je vous présenterai bientôt un projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » qui poursuit le même objectif de modernisation de notre système de soins. Les deux textes sont complémentaires. Il faudra trouver des moyens financiers pour mieux articuler l'hôpital avec, en amont, les soins ambulatoires et, en aval, les services médico-sociaux. Cette mission incombera aux agences régionales de santé (ARS) qui, comme l'a rappelé le Président de la République, auront en main les outils de gestion du risque et d'organisation des soins. Il faut mettre en rapport les mesures financières avec les mesures structurelles. Ce n'est que dans cet esprit que nous parviendrons, progressivement, à modifier les paramètres de notre système de soins et d'assurance maladie pour le préparer aux dix prochaines années. Je suis déterminée à soutenir ces deux textes dans le respect des principes de notre système de sécurité sociale.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Je vais vous présenter la partie du PLFSS relative aux retraites et à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Ce projet de loi nous permet de maintenir le cap des réformes tout en renforçant la cohésion sociale.

En matière de retraites, nous tenons nos engagements puisque ce texte prévoit la revalorisation de 25 % d'ici à 2012 du minimum vieillesse. Ainsi, dès le mois d'avril 2009, le montant mensuel du minimum vieillesse augmentera de 44 euros. Il prévoit également la revalorisation des petites retraites agricoles, ainsi que s'y est engagé M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche, et la mise en place d'un filet de sécurité pour les veuves, les conjoints et les exploitants ayant une carrière incomplète, ce qui bénéficiera à plus de 200 000 assurés. C'est une mesure que certains attendent depuis longtemps.

La pension de réversion des veufs et veuves les plus modestes, qui concerne 600 000 personnes, sera revalorisée de 11 %, ce qui revient à porter le

taux de la réversion de 54 à 60 %. Cette mesure interviendra en 2010. Cet effort était prévu initialement pour 2012.

Nous maintenons par ailleurs la garantie d'une retraite au moins égale à 85 % du SMIC aux assurés les plus modestes ayant eu une carrière complète.

Nous mettons également en place le plan pour l'emploi des seniors, en libéralisant totalement le cumul emploi-retraite à partir de soixante-cinq ans ou soixante ans pour ceux ayant effectué une carrière complète. Nous avons supprimé ce délai ridicule de six mois pendant lesquels les salariés ne pouvaient plus reprendre une activité professionnelle, sauf dans la concurrence. C'est simple et efficace.

Nous portons en outre la surcote de 3 % à 5 % pour chaque année travaillée supplémentaire.

Nous incitons les partenaires sociaux à négocier des accords et à mettre en place un plan en faveur de l'emploi des seniors d'ici à la fin 2009. Dès 2010, les entreprises de plus de 50 salariés qui refuseront ce plan devront payer une pénalité de l'ordre de 1 % du montant des rémunérations.

Ce PLFSS supprime, toujours à compter de 2010, les mises à la retraite d'office dans le secteur privé et les limites d'âge inférieures à soixante-cinq ans dans la fonction publique.

Au sujet de la prise en compte de la pénibilité, je rencontre actuellement les partenaires sociaux – CGT, CGPME et CGC – et, ensemble, nous essayons d'identifier les points sur lesquels la négociation a échoué et de trouver des accords.

S'agissant des politiques en faveur des personnes âgées et handicapées, ce PLFSS traduit notre solidarité, notamment par la création de places, à domicile comme dans les maisons de retraite, avant la mise en place du cinquième risque.

J'en viens à la branche AT-MP. Sur ce point, nous traduisons dans la loi l'accord des partenaires sociaux du 12 mars 2007 en donnant la priorité aux victimes, en améliorant la prise en charge des dispositifs médicaux et en mettant en place une indemnisation temporaire des salariés reconnus inaptes. Aujourd'hui en effet, un salarié déclaré inapte par le médecin du travail ne perçoit, à la fin de son arrêt de travail, ni indemnités journalières ni indemnités de chômage pendant une période maximale de 30 jours pendant laquelle l'employeur a la possibilité de reclasser ou de licencier ce salarié. Cette situation est inadmissible. Il faut donc intervenir dans un délai plus court.

J'évoquerai enfin le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Pour mettre fin aux difficultés majeures de transmission ou de reprise des entreprises inscrites sur la liste du fonds, le PLFSS propose de mutualiser la contribution spéciale des employeurs. Cette

mutualisation sera sans incidence sur le taux de tarification des AT-MP, mais évitera que certaines entreprises ne demeurent sans repreneur, le fait de devoir régler une contribution spécifique amenant souvent le nouvel employeur à renoncer. C'est un parlementaire qui nous a saisi de ce dossier, et nous nous en félicitons. À partir du cas concret d'une entreprise située dans le département de l'Orne, nous pourrions apporter des solutions durables.

Conformément aux préconisations de M. Jean Le Garrec, nos services étudient l'élaboration d'une liste des métiers susceptibles d'être retenus dans un nouveau dispositif, afin de faire bénéficier du FCAATA toutes les personnes qui ont été réellement exposées à l'amiante.

Par ailleurs, pour tenir compte des difficultés financières soulevées par la suppression de toutes les exonérations de cotisations AT-MP dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment pour les personnes âgées dépendantes qui emploient des salariés à domicile, j'ai demandé que soit révisée à la baisse la tarification AT-MP des particuliers employeurs à partir de 2009 : le tarif passera de 3,7 % à 2 %.

S'agissant de la branche famille, ce projet de loi marque une première étape dans la mise en place du droit à la garde d'enfants.

Enfin, s'agissant de la réforme des caisses de sécurité sociale, à la suite d'un amendement parlementaire présenté l'année dernière, je me suis engagé à poursuivre la concertation. Nous souhaitons que les directeurs des caisses locales soient nommés par le directeur de la caisse nationale, après concertation avec le président du conseil d'administration de la caisse locale concernée. Cela permettra de mieux gérer les carrières des cadres dirigeants, ainsi que d'assurer une meilleure cohérence et une plus grande efficacité des différents réseaux.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je voudrais avant tout souligner le caractère volontariste de ce PLFSS, qui comporte un certain nombre d'avancées, alors même que le contexte économique était déjà très tendu au moment de son élaboration, il y a un mois.

Le déficit est stabilisé, voire réduit par rapport à 2008, et le traitement de la dette est bien engagé. Certes, il y a encore du chemin à faire, mais les promesses que vous aviez faites l'an passé, monsieur le ministre, ont été tenues. Le déficit de l'assurance maladie est en diminution, sans que les ménages soient sollicités davantage. Enfin, concernant la branche vieillesse, qui reste très fragile, un financement complémentaire est mis en place.

Pour autant, ce texte est déjà daté et le contexte économique actuel fait peser de grands risques sur les recettes. Le Premier ministre l'a reconnu ce matin. Le Gouvernement nous dit la vérité, et c'est une bonne chose. Mais certaines évolutions devront être prises en compte, notamment celle de la masse salariale, même si le pire n'est pas certain.

Il nous appartient de sécuriser cet équilibre, notamment en recherchant des recettes supplémentaires et en faisant en sorte de respecter la dépense.

Madame la ministre de la santé, quelles garanties pouvez-vous nous apporter pour que l'ONDAM que nous votons soit enfin respecté ? Comment éviter un dépassement, qui viendrait alourdir la dette ? Nous voulons être sûrs que le plan d'économies de l'UNCAM, qui a été intégré dans le financement, sera respecté l'an prochain.

Par ailleurs, la CNAV est structurellement déficitaire, malgré des recettes supplémentaires. Il est clair que nous ne pourrons pas éviter de prendre des mesures difficiles pour retrouver un équilibre durable. Vous semblez croire, monsieur le ministre du travail, que les Français ne sont pas capables d'accepter les changements qu'entraîne le vieillissement de la population. Je pense pour ma part qu'ils y sont prêts. Quand prendrons-nous enfin les mesures structurelles nécessaires ? Si nous ne le faisons pas, ce sont les jeunes générations qui paieront pour nos faiblesses. La non-réforme a un coût, que l'on peut chiffrer cette année à 6,3 milliards d'euros, liés aux déficits des années passées. Cette somme, si elle n'avait pas été versée aux organismes financiers, aurait pu permettre de doubler l'ONDAM !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ce PLFSS ambitieux traduit un réel effort de redressement, dans un contexte économique particulièrement dégradé de crise financière internationale. Déjà, certains laissent entendre qu'ils sont sceptiques, allant jusqu'à émettre un avis défavorable au sein du conseil de la CNAMTS. Comment, madame la ministre, allez-vous sortir de cette impasse ?

Ce texte traduit la volonté de ne pénaliser ni les ménages, ni les malades, ni l'industrie pharmaceutique. Il renforce encore la maîtrise médicalisée et le lien entre l'assurance médicale obligatoire et l'assurance complémentaire. Il contient également des avancées structurelles – je pense au nouveau mode d'exercice professionnel, dans le monde hospitalier comme dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, aux prescriptions pharmaceutiques et aux référentiels et ententes préalables concernant notamment les kinésithérapeutes.

Il reste un certain nombre de points à traiter, mais j'ai cru comprendre qu'ils seront évoqués dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

Vous proposez, et c'est une très bonne chose, de renforcer la rémunération des enseignants des universités de médecine générale dont nous avons récemment permis la titularisation. Quel autre signe pouvons-nous donner à ces enseignants ?

Vous redéfinissez le pilotage du dossier médical personnel (DMP) en créant une Agence des systèmes d'informations de santé partagés (ASIP), suivant

en cela les recommandations de la mission d'information que j'ai présidée il y a quelques mois. Il était urgent de relancer ce dossier.

Vous nous confirmez, madame la ministre, que les réformes structurelles d'organisation des soins ambulatoires et les problèmes liés à la démographie médicale seront débattus lors de l'examen de votre prochain projet de loi. Pouvez-vous nous communiquer le calendrier des négociations conventionnelles entre les partenaires médicaux et les caisses ? Surtout, comment allez-vous traiter l'épineux problème des dépassements d'honoraires et du secteur optionnel ?

Monsieur le ministre du budget, à quelle date comptez-vous réunir le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) ? Cette réunion, qui a déjà prouvé son efficacité, est très attendue.

Les hôpitaux publics, madame la ministre, comme les cliniques privées, sont désormais financés intégralement par la T2A. Quel est le bilan de cette réforme ? Le Gouvernement doit remettre au Parlement un rapport sur la question. Quand pourrions-nous en prendre connaissance ? Par ailleurs, pouvons-nous nous fonder sur les données figurant sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour comparer les coûts du secteur privé et du secteur public ?

Enfin, qu'en est-il de l'application du décret de mai 2008 relatif à la redevance due par les praticiens hospitaliers à plein temps exerçant dans le secteur libéral ?

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du plan. Je joins ma voix à celle de mes collègues pour saluer l'opération de vérité que représente ce PLFSS.

Je voudrais appeler votre attention, monsieur le ministre du budget, sur le fait que les organismes de sécurité sociale sont désormais quotidiennement confrontés à la gestion du risque financier : risque de trésorerie pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ou la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ; risque lié à la gestion d'actifs pour le FRR ; risque de refinancement sur les marchés financiers pour la CADES.

Quelles conditions seront faites à l'ACOSS en 2009, année où l'on peut s'attendre à des pics de trésorerie très marqués ? Celle-ci doit se refinancer sur les marchés financiers pour ce qui dépasse les plafonds consentis par la Caisse des dépôts et consignations. Qu'en est-il du défaut de certification, par la Cour des comptes, des comptes de l'ACOSS ? Le périmètre d'ensemble de celle-ci va se trouver élargi, du fait de l'incidence des prestations maladie du régime des non-salariés agricoles.

Un risque de trésorerie pèsera l'année prochaine sur la CCMSA, ce qui risque de faire naître un certain nombre d'incertitudes. Qu'en sera-t-il en 2010, le

PLFSS reflétant une vision transitoire pour accompagner la disparition du FFIPSA ?

En 2008, le portefeuille d'actions du FRR a plongé. Depuis, son activité a un rendement égal au coût de ses capitaux, ce qui pose la question de la valeur créée. Je souhaiterais vous entendre sur ce point.

M. le ministre du budget. Par le biais de ce PLFSS, nous avons essayé de procéder à un reprofilage du système – les dettes sont là où elles doivent être, les dépenses ont été révisées et l'ONDAM est réaliste. Un tel exercice est utile et efficace. D'ailleurs, si le conseil d'administration de la CNAM n'a pas voulu y donner un avis défavorable, c'est qu'il n'y était pas totalement indifférent.

Peut-on dire que ce PLFSS soit « daté », pour reprendre l'expression de M. Bur ? Une telle question revient à poser celle de savoir si les recettes ont été ou non correctement évaluées. Or personne au monde ne peut le savoir puisque personne ne peut prévoir comment évoluera l'économie en 2009.

Nous avons prévu une progression de la masse salariale de 3,5 % : 0,2 % pour l'emploi et 3,3 % pour les salaires. C'est une hypothèse pour le moins prudente, si l'on veut bien se souvenir que, l'année dernière, la progression était de 4,5 % : 0,9 % pour l'emploi et 3,6 % pour les salaires. Nous verrons ensuite, en fonction des circonstances économiques. Je vous incite les uns et les autres à observer la plus grande prudence sur ce type de sujet. Mais il n'y a pas que la masse salariale parmi les recettes : il y a aussi les revenus du capital et les recettes fiscales. Et nous avons, notamment, réactualisé les mesures fiscales par rapport à l'année dernière.

On ne peut donc pas dire que le PLFSS soit « daté » ; il est simplement soumis à l'incertitude que nous connaissons aujourd'hui.

M. Door, le CSIS est présidé par le Premier ministre. Ce dernier a l'intention de le réunir et j'imagine que, dans quelque temps, il fixera une date à cet effet.

Mme Montchamp, vous avez évoqué les problèmes de gestion du risque financier qui ont touché les organismes de sécurité sociale.

Pour 2009, nous avons limité le plafond d'emprunt de l'ACOSS à 17 milliards, contre 36 milliards en 2008. Cette différence de près de 20 milliards s'explique par le fait que l'on reprend la dette de 27 milliards de l'ACOSS. Vous le savez, l'ACOSS est financée à la fois par la Caisse des dépôts et par un appel direct au marché en émettant des billets de trésorerie. Elle a eu un peu de mal à se financer ces derniers mois mais, depuis quinze jours, elle n'en a plus car elle a le même type de signature que les États.

Depuis toujours, la MSA a géré le FFIPSA – sauf en 2008. Elle gèrera maintenant la branche vieillesse des non-salariés agricoles. À titre principal, c'est

Calyon ou la Société générale qui refinanceront ce régime. Il n'y a donc pas de problème. De toute façon, il y aura une autorisation d'emprunt et, en cas de difficulté, les organismes pourront se retourner vers l'État. Cela dit, il faudra un jour compenser le coût de la reprise de l'assurance vieillesse auprès de la MSA. Nous verrons bien comment la situation évoluera. Nous avons quelques idées mais, en attendant, nous accordons des autorisations d'emprunt.

M. le président Pierre Méhaignerie. Pour financer les dépenses vieillesse, on ne pourra pas échapper au transfert d'une partie des cotisations de l'UNEDIC. Je rappelle que les cotisations chômage des pays européens sont en moyenne de 4 %, contre 6,4 % en France. La non-dégressivité, en particulier pour les cadres, rendent notre dispositif beaucoup plus coûteux. Parmi les mesures de courage auxquelles les rapporteurs nous appellent, celle-ci serait un élément clé, même si l'année 2009 n'est pas le meilleur moment de la négociation.

M. le ministre du budget. Je maintiens l'idée qu'il faut procéder à ce transfert. La hausse des cotisations vieillesse de 0,3 point correspond à 1,5 milliard, et l'excédent 2008 de l'UNEDIC sera de 4,5 milliards. Mais la dette s'est accumulée. Dans le contexte actuel, l'UNEDIC reviendrait à l'excédent en 2012, et non en 2010. Mais la situation peut aussi s'améliorer. Il n'y a donc pas de raison de ne pas le faire en 2009. En 2010 et en 2011, nous verrons ce que nous ferons.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Avec ce PLFSS, qui est la traduction législative du rendez-vous de 2008 sur les retraites, l'engagement voté en 2003 est respecté. Mais ce PLFSS est également la concrétisation d'engagements solennels du Président de la République qui ont déjà reçu des réponses réglementaires, comme l'acompte de 200 euros sur le relèvement du minimum vieillesse ou la revalorisation de 0,8 % des pensions de retraite.

Le Gouvernement a souhaité axer le rendez-vous législatif sur deux thèmes : premièrement, le relèvement des petites pensions, ce qui amène à revoir les dispositifs du minimum contributif, du minimum vieillesse et des pensions de réversion, éléments visés par quatre articles du PLFSS ; deuxièmement, la gestion des âges de départ à la retraite et le soutien au maintien dans l'emploi des salariés âgés, ce qui conduit à aborder les questions relatives à l'âge légal de départ à la retraite, à l'évolution de l'âge effectif de liquidation des pensions, à la retraite anticipée pour carrière longue, aux modalités de calcul des pensions de retraite et aux limites d'âge professionnelles, éléments traités par huit articles du PLFSS.

La loi du 21 août 2003 visait à rééquilibrer et à sécuriser les régimes de retraite jusqu'en 2020. Elle n'est qu'une première étape du franchissement de la difficile transition démographique qui s'achèvera vers 2050. Le rendez-vous de 2008 confirme les orientations arrêtées en 2003, notamment le relèvement de la durée d'assurance limite.

Pourriez-vous, monsieur le ministre du travail, remettre en perspective la discussion du PLFSS et nous dire en quoi le projet de loi contribue à consolider les régimes de retraite français d'ici à 2020 ?

Concernant les petites pensions, je souhaiterais insister sur la réforme des pensions de réversion.

Tout d'abord, je me félicite que le PLFSS propose une mesure traitant à la fois le stock des pensions déjà liquidées et le flux des futures liquidations. Le dispositif proposé est un compromis équitable permettant d'améliorer la situation de 630 000 veuves et veufs.

Je reste vigilant concernant les veufs et les veuves. Le rétablissement de l'âge de cinquante-cinq ans pour le service des pensions de réversion s'accompagne du maintien de l'assurance veuvage pour les veuves de cinquante et un à cinquante-cinq ans. En 2009, une concertation, la plus large possible, sera engagée pour réfléchir à la réforme du droit à la réversion. Tout devra être remis à plat : taux de réversion, plafond de ressources, assurance veuvage, prise en compte des orphelins. Il faudra parvenir – notamment grâce aux travaux du Conseil d'orientation des retraites (COR) sur les avantages familiaux qui devraient aboutir avant la fin de cette année – à une proposition de réforme opérationnelle pour le début de l'année 2011. Quel est le calendrier de cette concertation et de la réforme de la réversion qui est envisagé ?

Monsieur le ministre du travail, vous menez depuis 2003 un combat personnel en faveur du maintien dans l'emploi des salariés âgés. Dans l'hémicycle, nous étions d'ailleurs tous les deux dubitatifs sur l'effet de certaines mesures, comme la surcote, mais optimistes sur d'autres, comme le traitement de la pénibilité – nous avons été les premiers à nous engager sur cette voie difficile.

Le PLFSS prévoit un grand ensemble de mesures de nature à relever l'âge moyen de départ à la retraite. Quelles sont vos projections sur l'effet de ces mesures ? La pénibilité n'est pas traitée, mais je sais que vous suivez activement ce dossier. Notre collègue Jean-Frédéric Poisson a présenté en mai dernier un rapport innovant à ce sujet.

M. Alain Néri. N'exagérons rien !

M. le rapporteur pour l'assurance vieillesse. En 2003, nous avons passé de nombreuses heures à parler de ce problème en séance publique, et il y eut un début de concertation. Il fallait aborder le sujet, même si ce fut difficile – les sujets les plus difficiles doivent être discutés par les parlementaires. Nous devons donc aboutir. Après l'absence de conclusion des négociations interprofessionnelles, quel est votre calendrier d'action ?

J'évoquerai enfin le relèvement à soixante-cinq ans des limites d'âge dans la fonction publique prévu à l'article 62 du PLFSS. Au regard des objectifs de réforme des systèmes de retraite, il ne serait pas incohérent de supprimer toute

limite d'âge dans la fonction publique afin de laisser les fonctionnaires aptes physiquement poursuivre leur activité s'ils le souhaitent.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 marque avec force la volonté du Gouvernement de poursuivre et d'amplifier l'effort de la collectivité envers nos concitoyens les plus fragiles : les personnes âgées et les personnes handicapées.

Ce n'est pas rien, dans le contexte contraint que nous connaissons, que de décider d'une progression de 6,3 % des moyens du secteur médico-social, portant ainsi l'effort de la collectivité à plus de 15,3 milliards d'euros, soit une augmentation de 920 millions d'euros par rapport à 2008.

Nous assurerons d'abord une réponse au défi du grand âge en finançant 16 700 places supplémentaires à domicile et en établissement à hauteur de 171 millions d'euros. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer, ce sont en particulier 2 400 places en établissement et 3 250 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire qui seront spécifiquement dédiées à cette pathologie.

Notre effort portera également sur l'amélioration des moyens en personnel des établissements existants. En 2009, 10 000 emplois soignants supplémentaires seront financés, ce qui représente un effort de plus de 300 millions d'euros.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 va également nous permettre de tenir nos engagements en faveur des personnes handicapées et de leurs familles.

Lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin dernier, le Président de la République a annoncé le lancement d'un nouveau plan pluriannuel de création de places au profit des personnes les plus lourdement handicapées : les 50 000 places prévues par ce plan seront toutes notifiées en cinq ans, et nous nous engageons à assurer leur ouverture effective au public sur sept ans.

En 2009, la mise en œuvre de ce plan pluriannuel va mobiliser près de 350 millions d'euros de mesures nouvelles, soit une progression de 4,6 % des moyens consacrés au financement des établissements et services pour personnes handicapées. Au total, 5 500 places nouvelles seront financées en 2009 sur le champ couvert par l'ONDAM médico-social, auquel s'ajoutent 1 400 places inscrites au budget de l'État au titre des établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Comme vous le voyez, l'effort réalisé par l'assurance maladie est important. Mais il ne nous exonère pas de l'obligation de dépenser mieux. Ce projet de loi doit aussi être l'occasion de décider de mesures structurelles pour améliorer l'efficacité des dépenses de la collectivité.

L'objectif que nous nous sommes fixé est d'attribuer dorénavant les moyens en fonction du service rendu par les établissements, et non par rapport aux coûts antérieurs.

Nous souhaitons également engager une dynamique de convergence tarifaire des établissements pour personnes âgées, afin d'attribuer les moyens de l'assurance maladie de manière plus équitable qu'aujourd'hui. Alors que nous sommes redevables du moindre euro dépensé, il n'est plus possible de laisser subsister des écarts de 1 à 3 en termes de ressources pour un même service rendu.

Bien entendu, grâce à l'attribution des moyens nouveaux que j'évoquais à l'instant – 300 millions d'euros – plus de 80 % des établissements médico-sociaux pour personnes âgées verront leurs moyens progresser fortement. Seuls moins de 20 % des établissements devront augmenter leur service rendu afin de mettre celui-ci en adéquation avec leurs moyens. Il ne s'agira en aucun cas de réduire les moyens existants : il s'agira de les optimiser.

Dans le même esprit, la tarification sera simplifiée à l'horizon 2010, de façon à laisser plus de liberté et de responsabilité aux gestionnaires.

Enfin, le PLFSS pose le principe de l'intégration des médicaments dans les forfaits de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2010. Cette mesure importante a pour objectif essentiel d'inciter l'ensemble des acteurs – prescripteurs, gestionnaires, pharmaciens d'officine – à lutter contre la surconsommation médicamenteuse, dont chacun s'accorde à considérer qu'elle constitue un grave problème de santé publique.

Comme vous le constatez, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale se veut responsable et volontariste : responsable, car il n'existe pas à long terme de réponse efficace aux besoins sociaux sans la mise en place de mécanismes garantissant un usage équitable des fonds publics ; volontariste, car nos concitoyens les plus fragiles attendent de nous un effort accru de solidarité à leur égard.

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille. Notre pays a la formidable chance d'avoir une natalité robuste, avec une moyenne de deux enfants par femme. Notre politique familiale est structurée, diversifiée et bien des pays européens nous l'envient. Elle représente aujourd'hui une masse financière de 88,3 milliards d'euros et 4,7 % de notre produit intérieur brut – contre 2,5 % en moyenne chez nos voisins. Le taux d'activité des femmes est de 82 %. Nous souhaitons, conformément à un engagement du Président de la République, développer des modes de garde adaptés à leurs pratiques professionnelles, ce qui contribuera à améliorer encore le taux de natalité. Notre objectif est de créer, d'ici à 2012, entre 200 000 et 400 000 offres de garde supplémentaires.

Nous avons souhaité, avec Xavier Bertrand, répondre à l'attente de nos concitoyens en fonction de critères assez précis. De nombreux salariés travaillent

en horaires atypiques : 18 % travaillent au moins une nuit par mois ; 42 % au moins une soirée par mois ; 23 % au moins un dimanche par mois ; 26 % au moins une journée de dix heures par mois. Nous prévoyons donc que le complément de libre choix du mode de garde soit majoré de 10 % pour compenser les surcoûts liés à l'intervention d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile. Le coût de cette mesure est estimé à 25 millions d'euros.

Deux autres mesures ont pour ambition d'assouplir l'encadrement de la profession d'assistante maternelle. Il s'agit d'augmenter le nombre de places tout en veillant à garantir aux jeunes enfants tout le professionnalisme et toute la sécurité dont ils ont besoin.

Nous proposons, d'abord, d'autoriser à titre expérimental le regroupement des assistantes maternelles dans un local commun. C'est une demande très forte de nombreux élus, mais aussi de représentantes de la profession. Il s'agit de permettre aux collectivités territoriales et aux assistantes maternelles de s'organiser d'une façon optimale en s'appuyant sur des structures souples. Cela répond aussi à une demande de certains parents qui ont besoin de faire garder leurs enfants tôt le matin ou tard le soir. Le coût de la mesure est chiffré à 5 millions d'euros.

Nous souhaitons, ensuite, modifier le taux d'encadrement des enfants par les assistantes maternelles. Si nous comparons la situation française avec celle de nos voisins européens, nous constatons que nos normes sont trop contraignantes. Ainsi, dans les pays nordiques et en Allemagne, une assistante maternelle peut garder jusqu'à cinq enfants, dans des conditions de sécurité et de confort identiques. Nous souhaitons – et c'était une proposition du rapport de votre collègue Michèle Tabarot – porter de trois à quatre le nombre d'enfants gardé par les assistantes maternelles. D'après nos évaluations, cela devrait permettre de dégager, dès l'année 2009, environ 10 000 nouvelles places de garde. Le coût induit d'une telle mesure est estimé à 50 millions d'euros par la direction de la sécurité sociale.

Les mesures « famille » de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale se situent donc dans la droite ligne d'une politique familiale forte, ambitieuse, audacieuse, mais aussi pragmatique et inventive, voulue par tous les Français parce qu'elle correspond à leurs pratiques professionnelles.

M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille. Je déplore, cette année encore, que la branche famille soit le parent pauvre du PLFSS. Nicolas Sarkozy avait pourtant affiché une grande ambition en annonçant, à l'horizon 2012, un « droit opposable à la garde d'enfants ». Il est bon qu'une telle expression ait disparu des discours : d'abord, parce que je ne pense pas que cela soit réalisable ; ensuite, parce que ce n'était pas la bonne façon d'aborder le sujet.

Je n'ai vu aucune traduction concrète d'une quelconque ambition dans le projet de loi. Pour autant, la création d'ici à quatre ans de 200 000 à

400 000 places d'accueil, tous modes de garde confondus, constitue un vrai défi. Tous les acteurs de la politique familiale que j'ai pu rencontrer lors de différentes auditions regrettent l'attentisme actuel et déplorent surtout le manque de visibilité de la politique familiale, à court, moyen et long termes. La création d'un Haut conseil de la famille est indispensable à une politique familiale ambitieuse, concertée et cohérente. Les quelques mesures qui nous sont proposées manquent d'ailleurs cruellement de cohérence.

L'article 70 du PLFSS prévoit de transférer à la branche famille le financement intégral des majorations de pensions servies aux parents ayant élevé trois enfants. Pour 2009, la contribution de la CNAF sera de 70 %, soit une charge supplémentaire de 415 millions d'euros. Je remarque qu'une telle somme équivaut à l'excédent de la branche dégagé en 2008. Comment afficher des ambitions pour la politique familiale si la branche famille perd toute marge de manœuvre ? La situation semble encore plus préoccupante pour 2010 et 2011 puisqu'une telle contribution atteindrait respectivement 1,1 et 1,8 milliard d'euros. Pouvez-vous confirmer ces chiffres ?

Lors de la dernière commission des comptes, madame la secrétaire d'État, vous avez annoncé que le Fonds national d'action sociale (FNAS) augmenterait de 6 % par an au cours de la prochaine convention d'objectifs et de gestion 2009-2012. Vous avez affirmé par ailleurs vouloir créer au moins 22 000 places de crèche par an. Mais comment trouver les moyens financiers nécessaires pour financer ces investissements, alors que l'on nous affirme qu'avec une augmentation de 6 % par an on ne pourra créer que 7 300 places ?

Comment prévoir une planification pluriannuelle du financement des établissements d'accueil de jeunes enfants ? Le financement doit-il relever de l'action sociale ?

Ne faut-il pas s'interroger sur le rôle respectif de la branche famille et des collectivités locales dans l'organisation des modes de garde collectifs ?

Pensez-vous opportun de préciser les compétences des uns et des autres pour permettre un diagnostic sur l'état de l'offre de garde et une planification des équipements futurs ?

Enfin, un article du PLFSS est consacré à l'assouplissement des conditions d'exercice des assistants maternels. Jugez-vous souhaitable de faire évoluer les missions du conseil général et du service de protection maternelle et infantile (PMI) dans le domaine de la petite enfance ? Ne faudrait-il pas publier des référentiels nationaux pour harmoniser les pratiques des PMI, ces dernières ayant des interprétations variables, selon les territoires, des normes exigibles pour l'ouverture des établissements d'accueil ou des critères d'agrément des assistants maternels.

M. le président Pierre Méhaignerie. Notre politique sociale est tout de même très ambitieuse : nous lui consacrons 3,5 points de PIB de plus que la

moyenne des quatorze autres pays – sur les Quinze pays européens pris en compte – qu’il s’agisse du logement, de la famille ou de l’emploi. La conséquence en est que le coût de l’heure de travail de la France figure au troisième rang, mais que le salaire direct est au dixième rang, alors que le salaire indirect est très élevé. Il n’est pas impossible que, dans deux ou trois ans, nous dépassions l’État providence suédois à cet égard. Face à de tels chiffres, une exigence d’efficacité s’impose : d’où l’importance des chiffres de ce projet social.

M. Jean-Marie Le Guen. Je voudrais d’abord remercier les ministres pour leur présentation budgétaire car, en les écoutant, on a le rare plaisir de ne pas se sentir vieillir : chaque année, c’est la même chose !

Chaque année, on nous présente une comptabilité de l’année précédente dont le déficit approche les 10 milliards d’euros ; c’est en tout cas ce qui se passe depuis 2002. Une année sur deux ou trois, on assiste à la reprise de la dette sociale, qui avoisine 50 milliards, 80, ou 27, comme cette année.

Le ministre nous annonce allégrement qu’il va alléger les charges pesant sur l’année actuelle en faisant transférer des déficits de trésorerie qui pèsent sur l’ACOSS ou sur les comptes de l’assurance maladie. Nous avons donc des raisons de nous réjouir : nous allons dépenser un petit peu moins en frais financiers dans le cadre de ce PLFSS parce que nous allons alourdir de 27 milliards d’euros la dette sociale qui pèse sur la sécurité sociale !

Chaque année aussi, on nous présente un ONDAM sans l’assortir toujours de mesures concrètes. On nous annonce 2,2 milliards d’euros d’économies dans le cadre de la maîtrise médicalisée, mais on serait bien en peine de nous expliquer comment on pourra y parvenir.

Chaque année encore, avec une imagination débordante, les services de votre ministère « fabriquent », en quelque sorte, une présentation particulière des comptes. Cette année, c’est l’ONDAM médico-social qui est particulièrement touché par cette poussée créative. À tel point que la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) – qui n’est pas un organisme très contestataire – et son président, M. Cordier, ont refusé d’adopter les comptes de la caisse.

Tout cela étant habituel, devrions-nous nous en émouvoir plus particulièrement ? Je le crois : cette année, nous passons d’une gestion délétère et d’une présentation irréaliste à une situation véritablement surréaliste. En effet, votre présentation de la comptabilité de la sécurité sociale ne prend pas en compte la réalité de la crise économique qui affecte déjà la France et va considérablement s’amplifier dans les mois qui viennent, surtout si l’on ne prend pas les mesures économiques qui s’imposent.

Cette crise économique aura évidemment des conséquences sociales, en premier lieu sur le niveau de chômage et de précarité de nos concitoyens. Le reste à charge sera plus difficile à assumer et les recettes de la sécurité sociale seront encore plus fragilisées.

J'aimerais bien penser, comme Yves Bur, qu'en 2009 la crise se traduira seulement par une baisse des recettes de quelques centaines de millions d'euros. Mais on sait déjà que les comptes sont fondés sur une progression des cotisations sociales de la masse salariale de 3,5 %. Si la croissance a du mal à dépasser 0 %, je ne suis pas du tout certain que la masse salariale puisse aller bien au-delà.

Nous risquons de connaître une dégradation très significative de l'accès aux soins et des comptes de l'assurance maladie. Il est moralement insupportable de constater que les pouvoirs publics ont trouvé la légitimité, et la ressource, d'intervenir massivement pour préserver notre système bancaire d'une crise systémique, alors que nous risquons d'entrer dans les mois ou les années qui viennent dans une crise sanitaire qui aura, elle aussi, un caractère systémique.

En tant que parlementaires, vous savez tous, mes chers collègues, ce qu'est la désertification médicale, tout comme l'impossibilité, pour une partie croissante de la population, d'accéder à des soins de bonne qualité, sans oublier les problèmes rencontrés par les hôpitaux publics.

On peut toujours se féliciter du non-dépassement de l'ONDAM hospitalier, ce qui ne résulte que d'une décision administrative. Mais on ne dit pas que les hôpitaux connaissent des déficits considérables, qui dépassent aujourd'hui 750 millions d'euros.

Le taux de progression de l'ONDAM a été fixé à 3,1 %. Mais ce n'est que 1 % de plus que ce qu'exige la reconduction des moyens existants, en raison de la progression de la masse salariale. Dans un hôpital, 70 % des charges sont liées au personnel et ne sont pas directement compressibles.

L'assurance maladie connaît une situation très tendue. Sur les retraites, on ne peut pas dire que l'on avance. Monsieur le ministre du travail a l'intention de convoquer des commissions pour parler de la pénibilité. Je rappelle que c'était déjà un des thèmes en discussion en 2003, au moment de la réforme Fillon. Monsieur le député de l'époque et monsieur le ministre d'aujourd'hui, trouvez-vous normal, cinq ans plus tard, d'en être encore à instituer des commissions et à consulter des partenaires sociaux sur des éléments qui pourraient constituer des blocages ? Ce n'est pas le sens de l'urgence sociale et de l'équité qui vous tarade !

M. le président Pierre Méhaignerie. M. Le Guen, en 2003 ont été institués les départs anticipés à la retraite, qui sont une forme de soutien pour ceux qui ont eu des métiers pénibles.

M. Jean-Marie Le Guen. En m'interrompant, monsieur le président, vous soulignez que ce qui figurait dans l'amendement de M. Xavier Bertrand, à savoir la nécessité d'avancer sur la question de la pénibilité, n'a pas été réalisé. Et je souligne fort modestement que ce qui faisait partie des engagements de 2003 n'a toujours pas été mis en œuvre et n'est pas non plus près de l'être.

Votre politique familiale fait preuve d'un défaut d'ambition notoire, en dépit de tous les adjectifs d'« auto-promotion » utilisés par Mme Morano, qui aurait pu en égrener encore pendant plusieurs minutes en utilisant un dictionnaire des synonymes pour compléter la présentation du projet de loi.

Nous ne sommes plus dans la continuité : nous sommes en train de changer de rythme. Les réformes se font attendre. On en discutera lors de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». L'hémorragie financière affectera de façon délétère et dramatique la sécurité sociale. Le choc sanitaire que nous allons connaître dans les mois qui viennent changera la nature de notre système de protection sociale.

M. Jean-Luc Prél. Un projet de loi qui porte sur 442 milliards d'euros et qui concerne la vie de tous nos concitoyens mériterait sans doute un temps de discussion un peu plus long... Je ne m'étendrai pas sur les progrès importants qu'il apporte, concernant notamment la maîtrise médicalisée et la création de places en services de soins à domicile, en maisons de retraite médicalisées et en gardes d'enfants, pour me concentrer sur quelques questions.

La prévision de recettes est fondée sur une hypothèse de progression de 1 % du PIB et de 3,5 % de la masse salariale, ce qui paraît bien optimiste. Or 1 point de masse salariale, c'est 2 milliards de recettes. Je ne peux que souhaiter que le Gouvernement ait raison... La taxe sur les complémentaires est-elle exceptionnelle, ou sera-t-elle renouvelée les années suivantes ?

Quant à la reprise de la dette, je demandais chaque année qu'elle se fasse dans la CADES, qui a été créée pour cela ; je l'approuve donc. Mais reste à examiner le financement : la CADES avait un financement limpide, puisqu'elle était financée par la CRDS. Celle-ci ayant la même base que la CSG, la logique aurait été d'augmenter la CRDS de 0,2 point et de baisser d'autant la CSG affectée au FSV. Mais pour éviter de remettre le FSV en déficit, le mieux est de ne baisser que de 0,1 point la CSG du FSV. Je déposerai des amendements en ce sens.

Autre élément intéressant : la reprise par l'État de la dette du FFIPSA ; mais si j'ai bien compris le mécanisme d'adossement à la CNAM pour la maladie, en revanche j'aimerais avoir quelques précisions sur ce qui est prévu en matière de retraites. Par ailleurs, le FFIPSA étant destiné à disparaître, quel est l'avenir de la MSA ?

Ma troisième interrogation concerne le basculement de 0,3 % de la cotisation chômage vers la branche retraites. L'UNEDIC est gérée paritairement, et j'avais cru comprendre que l'on voulait renforcer le rôle des partenaires sociaux : pourquoi anticiper sur leur décision ? En outre, à un moment où le chômage repart à la hausse, ce basculement est-il raisonnable ?

L'ONDAM à 3,3 % est réaliste, mais je constate qu'il n'est toujours pas médicalisé. Le sera-t-il un jour ? Par ailleurs, la réforme mettant en place les agences régionales de santé n'est certes pas encore votée, mais la logique serait de

voter des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie et non pas des sous-objectifs nationaux sectoriels.

Je m'interroge aussi sur les franchises médicales. Combien ont-elles rapporté en 2008 ? Qu'ont-elles permis de financer ?

Je proposerai dans la discussion quelques économies, notamment sur l'opération de la cataracte, qui pourrait sans doute être faite en ambulatoire, ainsi que sur les médicaments fournis dans les maisons de retraite : est-il judicieux d'intégrer dans le forfait de soins de celles-ci des médicaments qui sont prescrits par les médecins traitants ?

M. Alain Néri. Très bonne question.

M. Jean-Luc Prél. En ce qui concerne la branche vieillesse, quel sera le taux de revalorisation des retraites en 2009 ? Quant aux pensions de réversion, il est bien de revaloriser les plus faibles ; mais force est de constater qu'il s'agit de plus en plus d'une aide sociale, et non plus de droits acquis par les cotisations du conjoint décédé.

Mme Martine Billard. Ce PLFSS me paraît plus « daté », comme l'a dit M. Bur, qu'« ambitieux », comme le disait M. Door. Vous vous obstinez à vouloir transférer 0,3 point de l'UNEDIC – géré paritairement – à la CNAV, alors qu'on entend déjà depuis quelques semaines des annonces de licenciements liées à la crise ; cela veut-il dire que les allocations chômage sont appelées à diminuer ?

Je rejoins notre collègue Jean-Marie Le Guen sur le fait que ce PLFSS ne contient pas beaucoup de nouveautés. On n'y trouve toujours rien sur le problème des dépassements d'honoraires, toujours rien sur les exonérations de cotisations, dont la Cour des comptes met en cause le bien-fondé. Vous avez même introduit un nouveau manque à gagner avec les exonérations, non compensées, de cotisations sur l'indemnité de rupture conventionnelle.

Je partage le souhait de M. Jean-Luc Prél d'avoir des précisions sur ce qu'ont rapporté les franchises ; et comme lui, j'aimerais savoir si la ponction sur les complémentaires va être limitée à 2009 ou être pérennisée. En cas de pérennisation de la taxe, les réserves des complémentaires n'étant pas inépuisables, les complémentaires vont devoir augmenter les cotisations de leurs adhérents, au risque de contraindre certains de nos concitoyens à renoncer à s'y affilier. Je souligne que la taxe sur l'industrie pharmaceutique, elle, n'augmente pas.

En ce qui concerne l'amiante, vous proposez de supprimer la cotisation spécifique et d'augmenter la cotisation AT-MP. Est-il juste de faire payer par l'ensemble des entreprises le fait que certaines ont été irresponsables ?

Pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG), certes la prise en charge a été un peu réévaluée, mais elle reste tellement faible qu'on trouve de moins en moins de praticiens pour pratiquer cet acte en hôpital public.

Au total, ce PLFSS suscite l'inquiétude car il accentue l'évolution vers une médecine à deux vitesses. En ce qui concerne les retraites, le report de l'âge de départ à la retraite à 62 ans et demi, comme le demande le MEDEF, aurait pour conséquence d'aggraver les inégalités entre les salariés qui ont commencé à travailler tôt, obligés de travailler encore plus longtemps, et ceux qui ont commencé à travailler tard.

Mme la ministre de la santé. L'ONDAM fixé est-il réaliste ? Je réponds oui, M. Bur, comme l'ont fait les partenaires consultés sur ce sujet ; 3,3 %, c'est le taux d'évolution qui a été constaté l'an dernier. Au demeurant, les outils introduits dans la loi de financement de 2008, qui s'ajoutent à ceux de 2005, permettent de surveiller les choses de très près.

M. Door, le développement de la filière universitaire de médecine générale est une absolue nécessité. Nous avons créé l'an dernier 20 postes de chef de clinique de médecine générale et nous en créons à nouveau 20 cette année, afin que chaque unité de formation et de recherche (UFR) en médecine puisse en être dotée dès la rentrée universitaire. Le déploiement de la filière va être programmé sur les cinq années à venir, au rythme minimum d'une création de poste d'enseignant titulaire par an et par UFR, soit un total de 200 emplois universitaires. Nous travaillons aussi à la rédaction d'un décret définissant l'activité de soins que ces personnels devront exercer conjointement à leur activité universitaire, ainsi qu'à la mise en place de la commission d'intégration qui permettra de nommer des professeurs des universités de médecine générale (PU-MG) et des maîtres de conférence des universités de médecine générale (MCU-MG). Il est proposé que leur activité de soins puisse être en partie rémunérée forfaitairement, sur la base d'un contrat passé entre les enseignants de médecine générale et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) – en attendant la mise en place des ARS. Il paraît indispensable que nous puissions, dès cette année, nommer un PU-MG dans chacune des sept interrégions universitaires. Enfin, j'ai tenu une conférence de presse avec des représentants des étudiants et des internes de médecine générale, dans la perspective du recrutement des maîtres de stage.

S'agissant toujours de la démographie médicale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyait l'application par voie conventionnelle de mesures de régulation positives et négatives de la répartition de l'offre de soins ambulatoires, selon un zonage couvrant l'ensemble du territoire ; le zonage a été réalisé, les mesures de régulation sont en cours de discussion entre les partenaires conventionnels et s'intégreront dans le cadre général du projet de loi que je présenterai dans quelques semaines.

En ce qui concerne le dossier médical personnel (DMP), l'article 35 du PLFSS tend à créer une agence des systèmes d'information de santé partagés – ASIP –, regroupant les missions exercées actuellement par le groupement d'intérêt public du dossier médical personnel (GIP DMP), le groupement d'intérêt public carte de professionnels de santé (GIP CPS) et le département interopérabilité du groupement d'intérêt public pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH). Cette agence a pour vocation de relancer le projet de DMP en prenant appui sur des expériences pilotes nationales et locales, lesquelles se dérouleront jusqu'en 2010, dans un objectif de convergence dès 2011.

Quant aux négociations conventionnelles, elles ont abouti à une première série de conclusions le 24 juillet, portant sur de nombreux chapitres – régulation de la démographie médicale, limitation des dépassements d'honoraires, secteur optionnel, contrats individuels, maîtrise médicalisée, rééquilibrage des rémunérations entre les spécialités ; elles ont repris le 25 septembre sur le passage éventuel du tarif de la consultation de médecine générale – le tarif C – à 23 euros et la répartition sur le territoire et elles doivent aboutir avant la fin de l'année. Nous souhaitons qu'il en soit de même pour les négociations sur la baisse des tarifs des radiologues et des biologistes.

En ce qui concerne les dépassements d'honoraires, Mme Martine Billard ne peut pas dire que rien n'a été fait, bien au contraire. Vous m'interrogez, M. Door, sur le bilan de l'article 39 de la loi de financement pour 2008, donnant aux caisses d'assurance maladie la possibilité de sanctionner les médecins : le Conseil national de l'ordre des médecins a été saisi de 12 plaintes, les caisses d'assurance maladie de 500 ; l'écart entre les deux chiffres est significatif. Bien sûr, la poursuite directe par la caisse d'assurance maladie doit se faire selon une procédure contradictoire. Le décret actuellement en cours de concertation prévoit en outre l'information systématique de l'Ordre des médecins lorsque l'échelon local d'assurance maladie notifie le début d'une procédure.

Sur la T2A, sujet sur lequel vous avez été nombreux à m'interroger, le rapport que je vous dois sera entre vos mains à la fin du mois. Nous en sommes à la quatrième année, et la réforme n'a pas encore produit tous ses effets. Elle concerne la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (MCO), et inclut l'hospitalisation à domicile et la dialyse. Aux tarifs de séjour et tarifs de prestation s'ajoutent le paiement des médicaments et dispositifs médicaux implantables. Nous élargirons ensuite la T2A aux activités de soins de suite et de psychiatrie. Par ailleurs, le service de santé des armées, actuellement financé par dotation globale, va bientôt passer à la T2A. Une période de transition est prévue jusqu'en 2012, cette réforme impliquant une redistribution des moyens financiers au sein de chaque secteur entre les établissements. Pour le secteur privé, la réforme implique une redistribution de 140 millions d'euros sur la période ; pour le secteur public, cette réallocation des moyens concerne 1,3 milliard sur la période 2005-2012, dont 540 millions entre 2008 et 2012.

Le modèle de la T2A est évolutif ; dans la nouvelle campagne tarifaire, une nouvelle version de la classification, dite V 11, introduira un coefficient de précarité et un coefficient de sévérité des cas. En ce qui concerne les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), nous avons mis en place un nouveau modèle de financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovations (MERRI) ; les ressources sont fixées en fonction d'indicateurs de résultats.

Par ailleurs, cette réforme est accompagnée par celle du régime budgétaire et comptable des établissements et par le soutien à l'investissement dans le cadre du plan « Hôpital 2012 », auxquels il faut ajouter le projet de loi que je vous présenterai très prochainement, qui comportera notamment des dispositions sur la gouvernance de l'hôpital et sur la qualité des soins. Enfin, l'article 41 de ce PLFSS tend à créer une Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

J'en viens, M. Door, au décret de mai 2008 relatif à l'activité libérale dans les hôpitaux. Sur les 38 200 praticiens statutaires pouvant y prétendre, 4 300 exercent une activité libérale à l'hôpital. Un tiers seulement, soit 1 600, le font en secteur 2 et sont donc autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. Nous sommes attachés à la possibilité, pour les praticiens statutaires à temps plein, d'exercer une activité libérale à l'hôpital, dans le respect des règles nécessaires à la préservation du service public hospitalier. Dans son arrêt du 19 juillet 2007, prise à l'issue d'un recours formé par le Syndicat national de défense de l'exercice libéral de la médecine et par le Syndicat national de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, le Conseil d'État a jugé que la disposition qui retenait une assiette de redevance différente selon que les actes réalisés par les praticiens dans le cadre de leur activité libérale étaient ou non pris en charge par l'assurance maladie était illégale. Sa jurisprudence a ainsi évolué, en rapprochant ce régime de redevance de celui de la redevance pour occupation du domaine public. Il faut donc retenir comme assiette la totalité des honoraires perçus par les praticiens, que les actes soient remboursés ou non. Pour répondre aux inquiétudes des praticiens, le Gouvernement a décidé de publier un nouveau décret confirmant l'élargissement de l'assiette mais baissant les taux de redevance. Une circulaire du ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative et du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique permettra d'appliquer les règles antérieures sur la période intermédiaire entre l'arrêt du Conseil d'État du 19 juillet 2007 et la parution du nouveau décret. La grève du codage, lancée par le Syndicat national de défense de l'exercice libéral de la médecine, est un mouvement illégal qui a pénalisé les établissements publics de santé ; il s'agissait, en pratique, de ne pas transmettre à la direction de l'établissement le codage des actes effectués. Cette grève du codage n'a été suivie que par une centaine de médecins au plus fort du mouvement ; elle était presque exclusivement cantonnée à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et a fait en outre l'objet d'une condamnation de la commission médicale d'établissement de celle-ci. Elle est terminée depuis le 4 octobre.

M. Le Guen a tort quand il dit que le taux de couverture par l'assurance maladie s'est dégradé : il est resté stable pendant ces dix dernières années et s'est établi à près de 77 %. Avec la couverture apportée par les organismes complémentaires, nous avons l'un des plus forts taux de couverture solidaire du monde, sinon le plus fort, puisqu'il atteint 90 %. De plus, si au début de l'année 8 % de nos concitoyens n'avaient pas de couverture complémentaire santé, j'ai déjà pu faire baisser ce taux de 11 % et je continuerai. En revanche, le « reste à charge » s'est restructuré, du fait de la baisse du ticket modérateur sur certaines prestations et de l'augmentation de la prise en charge des affections à longue durée.

Concernant le déficit des établissements de santé, le Gouvernement entend mener une action résolue qui s'est déjà traduite par diverses mesures. Le déficit de ces établissements n'est pas une fatalité ; à structures équivalentes, certains ne le sont pas, voire sont en excédent. Mes services sont donc mobilisés pour suivre la situation de certains établissements, en particulier des centres hospitaliers universitaires (CHU). Dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre (CRE), j'aiderai tous les établissements qui en auront besoin.

J'en viens à la taxe sur les organismes complémentaires, sur laquelle m'ont interrogée M. Prél et Mme Billard. Elle existait déjà, au taux de 2,5 %. Nous le portons à 5,9 %. Le produit de cette augmentation est intégralement affecté au Fonds CMU, affectataire de la taxe existante, afin de clarifier le financement de la protection complémentaire à destination des plus démunis. Les autres recettes actuelles du Fonds CMU pourront ainsi être affectées à l'assurance maladie. Il est juste de demander ce reversement aux organismes complémentaires, que la dynamique engagée sur les affections de longue durée soulage de 600 millions d'euros par an. Je remercie le président de la Mutualité française, M. Jean-Pierre Davant, d'avoir indiqué qu'il pouvait assurer ce reversement légitime à l'assurance maladie sans augmentation des cotisations.

M. Gérard Bapt. Cette année...

Mme la ministre de la santé. M. Prél et Mme Billard m'ont interrogée sur les franchises médicales : je vous ferai parvenir le rapport sur ce sujet avant la fin du mois. Le montant des économies induites – 800 millions – est proche de la prévision – 850 millions – ; il résulte pour 86 % de la franchise sur le médicament, pour 11,5 % des actes d'auxiliaires médicaux et pour 2,5 % de la franchise sur les transports. La franchise n'a pas eu d'impact sensible sur l'évolution des volumes de ces prestations ; elle a contribué à un essor des grands conditionnements. Les mécanismes de plafonnement ont joué leur rôle. À la mi-année, un peu moins de 6 % des assurés du régime général et 19 % des assurés bénéficiant d'une prise en charge au titre des affections de longue durée (ALD) avaient atteint le plafond. Le produit des franchises alimente l'assurance maladie et permet de financer, comme je l'avais annoncé, les dépenses médico-sociales, les dépenses sanitaires et le plan Alzheimer ; c'est d'ailleurs pourquoi l'ONDAM médico-social a enregistré en 2008 une progression de 6,8 %. Enfin, les franchises

n'ont pas provoqué de phénomène de renoncement aux soins. On ne relève pas non plus d'effet sur la consommation d'actes d'auxiliaires médicaux ni sur les transports médicalisés.

En ce qui concerne l'IVG, Mme Billard, le forfait a été revalorisé de 20 %, ce qui n'est pas rien. Par ailleurs, j'ai pris des dispositions sur les IVG médicamenteuses.

S'agissant enfin des EHPAD, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a remis à plat les conventions qu'ils ont conclues avec les pharmaciens d'officine. Valérie Létard et moi-même menons une concertation avec les professionnels afin de définir des règles. Un projet de décret va clarifier la possibilité juridique, pour le pharmacien, de préparer des piluliers selon les bonnes pratiques ; un arrêté, qui va prochainement être discuté avec les pharmaciens, les représentants des EHPAD et les médecins coordonnateurs, établira la convention type officine-EHPAD. L'intégration du coût des médicaments dans les forfaits EHPAD est une opportunité à saisir ; elle permettra à l'EHPAD de s'orienter vers la pharmacie qui aura une réelle valeur ajoutée, et non plus vers celle qui accorde le meilleur niveau de remise. Nous nous laissons au moins toute l'année 2009 pour mettre en œuvre cette démarche qualité, et nous sommes ouverts aux propositions pour l'améliorer.

M. le ministre du travail. En ce qui concerne le Fonds de réserve des retraites (FRR), évoqué par Mme Montchamp, la performance ne doit pas être appréciée sur un an, mais à long terme. Les partenaires sociaux n'ont jamais remis en cause le choix qui a été fait.

Pour répondre à MM. Yves Bur et Denis Jacquat, le rendez-vous 2008 sur les retraites a permis de confirmer la réalité des économies. L'âge légal, Mme Billard, est à 60 ans et j'aimerais d'ailleurs que ce soit aussi l'âge réel de départ à la retraite, alors que celui-ci est aujourd'hui de 58,7 ans : cela permettrait de régler immédiatement 10 à 15 % du problème de financement. Nous prenons de nouvelles mesures pour dynamiser l'emploi des seniors, tant en direction des entreprises – avec les plans emploi seniors – qu'en direction des salariés – en facilitant le cumul emploi-retraite et avec la surcote. Par ailleurs, nous avons pris la décision courageuse du passage à 41 ans de la durée d'assurance de référence ; les Français comprennent bien que si l'on vit plus longtemps, il est possible de travailler un peu plus longtemps. En ne prenant aucune mesure, on aboutit à un déficit 13 milliards en 2012 ; avec ces mesures et les redéploiements prévus, on tombe à 2,3 milliards.

En ce qui concerne la revalorisation des retraites, la date du 1^{er} avril est bien préférable à celle du 1^{er} janvier car la hausse des prix de l'année passée est alors connue et celle de l'année en cours mieux cernée. En outre, c'est aussi la date retenue pour la revalorisation des pensions complémentaires. Nous avons là-dessus entendu les messages que vous nous aviez adressés.

Sur les pensions de réversion, et plus largement sur les avantages conjugaux et familiaux, le COR doit rendre son rapport d'ici à la fin 2008. Je souhaite engager une large concertation sur cette base, pour aboutir à des mesures opérationnelles au moins en 2011, sinon avant.

M. Jean-Luc Prél a évoqué la reprise de dette du FFIPSA, qui permet d'alléger ses charges de 200 millions dès 2009 ; mais nous travaillons à des solutions plus structurelles.

Concernant les cotisations d'assurance chômage, nous appliquons ce qui a été décidé en 2003 ; tout figurait dans l'exposé des motifs du projet de loi portant réforme des retraites. Les prévisions communiquées par l'UNEDIC confirment que nous avons la possibilité de continuer à augmenter les cotisations vieillesse et à diminuer d'autant les cotisations chômage ; il n'y aura, j'y insiste, aucune augmentation des prélèvements obligatoires pesant sur les entreprises.

La pénibilité est un sujet sur lequel j'ai montré que j'avais de la suite dans les idées. J'avais déposé un amendement en 2003 pour demander aux partenaires sociaux de négocier. Les négociations ont duré trois ans : qu'on ne me reproche pas de ne pas être intervenu avant leur achèvement ! Elles n'ont pas pu aboutir et je le regrette. Nous reprenons donc le dossier ; j'ai des rencontres bilatérales avec les partenaires sociaux, puis nous aurons une discussion tripartite.

Quant à la suppression de la contribution des entreprises au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, évoquée par Mme Billard, elle n'enlève pas de recettes et elle ne déresponsabilise pas. Que faire quand on attend 100 millions d'euros et qu'on n'en recouvre que 30 ? Que penser lorsqu'à cause de cette contribution, une entreprise ne peut pas être reprise et doit déposer le bilan ? Mon rôle est de trouver des solutions pragmatiques : c'est pourquoi je propose de changer de système. La mutualisation permet de garantir les ressources.

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

M. Jean-Pierre Door, président, lit l'intervention préparée par M. Roland Muzeau, qui a dû quitter la séance :

« Contrairement aux engagements pris, ce PLFSS ne contient aucune mesure de nature à rendre plus juste et moins opaque le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Alors que la justice accepte désormais d'indemniser des salariés pour perte de revenus liée à un départ anticipé à la retraite du fait de l'amiante, confirmant ainsi le bien-fondé de la demande récurrente d'augmentation de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA), vous faites le choix de supprimer la contribution spéciale des employeurs au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et de faire ainsi reposer le poids du financement du fonds amiante sur la branche AT-MP. Pourquoi ? Avez-vous décidé de restreindre l'accès au dispositif de cessation anticipée d'activité aux

seules personnes malades, atteintes d'un mésothéliome ou surexposées à ce risque ?

« Samedi dernier, à l'occasion d'une nouvelle manifestation nationale des victimes de l'amiante, les associations ont interpellé la garde des sceaux sur les moyens insuffisants dont dispose le pôle judiciaire de santé publique et vous ont interpellé sur le non-respect des délais d'indemnisation par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Croyez-vous que la reconduction à l'identique de la contribution de la branche AT-MP au FIVA soit susceptible d'améliorer la situation, alors que les victimes sont toujours plus nombreuses ?

« Enfin, les partenaires sociaux ont-ils donné suite à la demande du Gouvernement d'une négociation sur la médecine du travail ? A-t-on arrêté un calendrier ? Quelles sont les grandes lignes de vos propositions ? »

M. le ministre du travail. J'ai déjà répondu sur le FCAATA. Concernant le FIVA, nous allons renforcer ses moyens en personnel, avec une vingtaine de recrutements d'ici à la fin de l'année. Quant à la dotation, elle apparaît conforme aux besoins. Sur la médecine du travail, j'ai saisi les partenaires sociaux ; je leur ai proposé la date du 31 décembre, ils ont souhaité un délai supplémentaire : la négociation pourrait donc se dérouler jusqu'au 28 février 2009.

M. Patrick Roy. Les retraités savent calculer. Ils ont bien vu qu'en 2008, contrairement aux promesses du Gouvernement, ils ont subi une perte de pouvoir d'achat sévère. Qu'en sera-t-il en 2009 ? Je suis quelque peu inquiet.

En ce qui concerne l'amiante, je déplore moi aussi les délais extrêmement longs d'indemnisation par le FIVA. Par ailleurs, je suis personnellement très réservé sur les propositions faites dans le rapport Le Garrec. J'insiste sur le fait que l'amiante est aussi un problème pour l'avenir, tant qu'on ne traite pas la question de l'amiante résiduel.

M. le ministre du travail. Nous aurons l'occasion de revenir sur la question de l'amiante. Concernant les retraites, le rattrapage a été réalisé par l'augmentation de 0,8 % en septembre ; mais si nous avons respecté la loi, nous n'aurions pas dû la faire, les revalorisations s'appréciant au regard des trois dernières années. C'est pourquoi la règle doit être changée.

Mme Jacqueline Fraysse. Je regrette, comme d'autres, que ce PLFSS ne contienne aucune mesure de fond pour améliorer le financement de la protection sociale, en éternel déficit. On ne tient aucun compte, par exemple, des observations faites par la Cour des comptes, notamment sur les exonérations de cotisations sociales. Par ailleurs, nous avons reçu les représentants des organismes complémentaires : s'ils reconnaissent avoir la possibilité de payer cette année, ils disent clairement que si cette mesure est maintenue les années suivantes, il faudra la répercuter sur les cotisations.

Ce texte, qui entretient l'illusion en matière de recettes – je ne reviens pas sur ce qui a été dit sur la masse salariale –, l'entretient également en matière de dépenses. Je ne reviens pas non plus sur ce qui a été dit, y compris par la Cour des comptes, sur les modalités de fixation de l'ONDAM. Je note le renforcement de la maîtrise médicalisée, qui m'inquiète.

Je m'inquiète aussi d'un glissement dans le rôle de la Haute autorité de santé : les professionnels de santé ont aujourd'hui confiance en ses recommandations parce qu'elles ont un caractère scientifique ; le fait qu'on lui donne pour mission de recenser les produits les moins coûteux change la donne.

Deux observations sur l'hôpital. La T2A a précipité les hôpitaux dans le déficit ; le renforcement du cadre juridique des plans de redressement et de mise sous administration provisoire opéré par le présent PLFSS ne peut pas suffire à régler la question. D'autre part, comment va-t-on financer les missions de service public auxquelles les hôpitaux sont soumis – accueil de tous les patients, permanence des soins, urgences médicales et chirurgicales ? De toute évidence, les dotations actuelles sont bien insuffisantes.

M. Dominique Tian. Il me paraît malheureusement inexact de dire que ce PLFSS n'entraîne pas de coût supplémentaire pour les entreprises puisqu'il crée le forfait social. De plus, je m'étonne d'y trouver la création de la prime de transport, qu'on aurait mieux comprise dans le cadre du Grenelle de l'environnement.

Enfin, l'exposé des motifs de l'article 61 indique que « *la décision du passage de l'activité à la retraite relèvera désormais du seul choix du salarié* » : cette rédaction me paraît quelque peu déraisonnable !

M. Philippe Boënnec. Force est de reconnaître qu'il n'est pas facile de proposer un PLFSS dans les conditions actuelles et que ce texte traduit un réel volontarisme.

Je m'interroge sur le montant très élevé des exonérations de charges sociales : il faudrait approfondir la question.

Concernant la perte d'autonomie et le cinquième risque, l'année 2009 sera-t-elle une année d'études ou d'action ?

M. Guy Malherbe. S'il y a des économies à rechercher en matière de dépenses de médicament, c'est à l'hôpital, où ces dépenses progressent particulièrement vite ; il faut s'employer à le faire. En revanche, la mesure proposée sur les EHPAD entraînerait plus de difficultés que d'économies.

Mme la ministre de la santé. Sur les complémentaires santé, j'ai déjà répondu.

Vous craignez, Mme Fraysse, que l'économique l'emporte sur le médical dans la mission de la HAS. Pour ma part, je constate que nous avons des marges d'efficacité considérables. Un exemple : suite à une prothèse de hanche, entre avril et septembre 2006, le nombre de séances de kinésithérapie prescrites à des fins de rééducation varie de 11 à 37 selon les départements. Que la HAS établisse un référentiel indicatif encadrant ce nombre, dont le praticien pourra toujours s'exonérer, ne me paraît pas anormal. De même, on n'est pas obligé de commencer un traitement par le produit le plus cher ; encore faut-il disposer des informations nécessaires, et pour cela les logiciels d'aide à la prescription validés par la HAS sont très utiles. Le taux de croissance annuel des dépenses de kinésithérapie a été de 5 % en valeur sur la période 1994-2006. La mesure proposée par l'UNCAM dans son rapport de juillet dernier sera ciblée sur certains actes en série de masseurs-kinésithérapeutes, sur des séquences de soins identifiés. L'économie prévue est de 65 millions d'euros. La mesure sera ensuite étendue à d'autres actes de rééducation. Pourquoi s'interdirait-on de soigner mieux à moindre coût ?

S'agissant de la T2A, personne ne réclame le retour à la dotation globale, qui était très injuste pour le malade qui voulait se faire soigner dans un établissement dont les crédits étaient épuisés... Certes, la T2A a besoin d'un pilotage en continu ; mais il est absolument faux de dire qu'elle est responsable du déficit des hôpitaux. Ce déficit – dont 50 % est concentré sur 21 établissements – a diverses causes structurelles, comme les équipements surdimensionnés, voire inutiles, ou les politiques de gestion du personnel non pertinentes.

(M. le président Pierre Méhaignerie reprend la présidence)

Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité. M. Le Guen a prétendu que la CNSA n'avait pas voté le projet de budget primitif pour 2009 : c'est faux. Il a été approuvé à la quasi-unanimité sur trois de ses sections budgétaires ; sur deux autres, certains administrateurs n'ont pas pris part au vote mais n'ont pas souhaité voter contre l'ONDAM médico-social, qui progresse de 6,3 %, soit de 920 millions d'euros, ce qui représente un effort considérable.

En quatre ans, nous sommes passés de 2 500 à 7 500 places d'EHPAD créées par an, et de 4 000 à 6 000 places pour les soins infirmiers à domicile.

En ce qui concerne la fourniture des médicaments dans les EHPAD, une large concertation aura lieu tout au long de l'année 2009. Dès le 22 octobre, des réunions de concertation vont être organisées sur le rôle des médecins coordonnateurs et celui des médecins libéraux en EHPAD. Le Gouvernement est bien sûr ouvert à toutes les propositions d'amélioration du dispositif. La question n'est pas seulement de maîtriser les dépenses : il s'agit aussi de lutter contre le fléau des affections iatrogènes, cause majeure de l'hospitalisation des plus de 75 ans, ainsi que d'améliorer la coordination des soins. Bien entendu, l'intention du Gouvernement n'est pas de prendre une mesure contre les pharmaciens d'officine, mais de travailler avec eux dans une logique de partenariat. Nombre

d'établissements fonctionnent déjà avec des conventions, et nous pourrions nous appuyer sur leur expérience. Il nous faudra aussi travailler sur la question des médicaments coûteux.

Concernant le calendrier du cinquième risque, notre objectif est de déposer un projet de loi avant la fin de l'année, pour qu'il puisse être débattu au Parlement début 2009.

Mme la ministre de la santé. La croissance des dépenses de médicaments très onéreux à l'hôpital, largement supérieure à 15 % l'an, pèse sur le déficit de l'assurance maladie ; nous proposons donc de mener une analyse nationale permettant des comparaisons entre régions et entre établissements sur l'ensemble des spécialités pharmaceutiques de la « liste en sus » – liste des spécialités financées en sus des prestations d'hospitalisation. La modération de ces dépenses se fera sur la base de recommandations de la HAS et de l'Institut national du cancer (INCa) et permettra aux établissements d'envisager des revalorisations plus importantes des tarifs d'hospitalisation : c'est une stratégie gagnant-gagnant. L'analyse sera transmise aux ARH, qui devront examiner les pratiques de chaque établissement de leur ressort. Aux termes de l'article 36 du PLFSS, si au regard de cette analyse – et compte tenu des recommandations émises par la HAS, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et l'INCa – l'ARH estime que le dépassement du taux n'est pas justifié, elle pourra décider de conclure, pour une durée d'un an, avec l'établissement de santé et la caisse d'assurance maladie, un plan d'action visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques. Si ce plan d'action n'est pas respecté, le taux de remboursement des dépenses des médicaments de la liste en sus pourra être diminué à concurrence de 10 %. Enfin, la prescription initiale d'un médicament orphelin par le médecin de l'hôpital devra désormais faire l'objet d'une validation du centre de référence compétent pour la maladie concernée.

Mme Jacqueline Fraysse. On ne dit rien de l'élaboration du prix de ces médicaments coûteux...

Mme la ministre de la santé. Le prix est validé par le comité économique des produits de santé (CEPS).

M. le président Pierre Méhaignerie. Des comparaisons internationales peuvent être faites.

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille. M. Féron, la politique familiale est équilibrée, novatrice et a engagé une dynamique : en 2002, le taux de natalité était de 1,86 ; aujourd'hui, notre taux de natalité est le plus fort de toute l'Union européenne. C'est le résultat de la politique que nous avons menée. Ainsi, nous consacrons à travers la PAJE 4,9 milliards d'euros à l'accueil du jeune enfant. J'aurais aimé avoir votre soutien pour, comme nous le proposons dans ce

PLFSS, faire bénéficier ceux qui ont des horaires de travail atypiques d'un complément de mode de garde majoré.

Par ailleurs, une enquête récente du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) montre que les Français sont beaucoup plus demandeurs d'équipements que de prestations ; c'est pourquoi l'engagement du Président de la République est d'abord de développer des modes de garde très diversifiés. À cet égard, j'aurais également aimé avoir votre soutien sur la mesure consistant à permettre aux assistantes maternelles de garder quatre enfants ainsi que sur l'assouplissement de la réglementation permettant aux assistantes maternelles, notamment dans les quartiers difficiles, de se regrouper dans des structures adaptées. Des quartiers feront l'objet d'une expérimentation, afin de répondre à l'attente de femmes qui, parfois, faute de mode de garde, ne peuvent même pas se rendre à un entretien d'embauche.

Quant aux majorations de pension pour enfants, c'est le gouvernement de M. Lionel Jospin qui avait commencé à en transférer le financement sur la branche famille, à hauteur de 15 % puis de 30 %. Le mouvement a été poursuivi par le gouvernement de M. Jean-Pierre Raffarin, pour atteindre 60 % ; notre objectif est d'arriver à 100 % en 2011, dans un but de clarification du financement des avantages familiaux de retraite.

Sur l'idée d'un référentiel pour les PMI, M. Féron, je vous suis : je souhaite la mise au point, à destination de l'ensemble des PMI de France, d'un guide définissant les bonnes pratiques. Son contenu sera établi dans la concertation. Si nécessaire, nous lui donnerons une valeur réglementaire.

Quant au Haut conseil de la famille, je vous informe que M. Bertrand Fragonard a été pressenti pour le présider, mon objectif est de le mettre en place en novembre.

Enfin, je comprends que M. Jean-Marie Le Guen, après une intervention aussi caricaturale, ait battu en retraite pour que je ne lui réponde pas... Je constate en tout cas que les ministres chargés de la famille des Vingt-sept, que j'ai réunis à Paris le 18 septembre, sont extrêmement intéressés par la politique familiale française et que beaucoup souhaitent s'en inspirer, afin d'élever le taux de natalité dans leur pays.

M. le rapporteur pour la famille. J'ai toujours pensé qu'évaluer la politique familiale par le taux de natalité était réducteur. Cela dit, que notre taux de natalité soit le plus fort d'Europe suffit à justifier un niveau de dépenses plus élevé par rapport au PIB.

Au sujet des horaires atypiques et des assouplissements que vous proposez, je n'ai pas dit que je ne vous soutenais pas ; vos propositions sont pertinentes, mais nous ferons des propositions pour les améliorer et pour les compléter car elles sont très insuffisantes. J'espère que nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement sur ces questions.

M. le président Pierre Méhaignerie. Moi qui lutte contre les excès de niches fiscales, j'aimerais qu'on développe un peu plus vite les crèches d'entreprise et inter-entreprises...

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille. J'ai reçu les partenaires sociaux ainsi que la fédération des crèches privées et la CNAF. La proposition est de doubler le crédit d'impôt famille et de le recentrer sur la création de places de crèche. Par ailleurs, j'ai pris des initiatives concernant les places de crèche inoccupées. À l'AP-HP, par exemple, les 4 100 places étaient occupées à moins de 70 % : ce n'était pas acceptable.

Mme Jacqueline Fraysse. Comment explique-t-on cette situation ?

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille. Par le fait que les places sont réservées au personnel hospitalier. La solution a été trouvée dans une crèche hospitalière de l'Oise que je suis allée visiter mardi dernier à six heures et demie du matin, et qui fait partie du réseau AP-HP : une convention a été signée en 2004 avec la caisse d'allocations familiales pour l'ouvrir aux personnes habitant à proximité. Nous avons décidé d'étendre cette pratique. Il faut faire de même sur l'ensemble du territoire français dans les crèches dont sont bénéficiaires les agents publics. Mais bien sûr, Monsieur le président Méhaignerie, je suis très favorable à un encouragement au développement des crèches d'entreprise et interentreprises.

Le président Pierre Méhaignerie. Je remercie les ministres.

II.- EXAMEN DU RAPPORT

Après le départ des ministres, constatant qu'aucun commissaire ne souhaitait prendre la parole, chacun ayant eu tout loisir de s'exprimer pendant l'audition des ministres, **le président Pierre Méhaignerie** a indiqué que la discussion générale était close et que la prochaine réunion de la commission serait consacrée à l'examen des amendements.

III.- EXAMEN DES ARTICLES

La commission a procédé à l'examen des articles du présent projet de loi au cours de ses séances des mardi 21 octobre et mercredi 22 octobre 2008.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2007

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2007

Le présent article propose d'approuver un ensemble de données au titre du dernier exercice clos, conformément aux dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale.

D'une part, le 1^o du A du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale prévoit que la loi de financement de la sécurité sociale de l'année approuve *« les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de cet exercice »*.

D'autre part, en vertu du 2^o du A du I du même article, la loi de financement *« approuve, pour ce même exercice, les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette »*, c'est-à-dire les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

L'examen de l'exécution de l'exercice 2007 est éclairé par l'avis que la Cour des comptes doit présenter chaque année sur les tableaux d'équilibre, mais aussi par la mission de certification des comptes qui lui échoit désormais en application de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS).

1. La cohérence des tableaux d'équilibre

C'est la deuxième année qu'en vertu de la LOLFSS, le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS) *« comprend l'avis de la Cour sur la cohérence des tableaux*

d'équilibre relatifs au dernier exercice clos présentés dans la partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos » (article L. 132-3 du code des juridictions financières).

Il ne s'agit évidemment pas ici pour la Cour de procéder à la certification des comptes, même si elle se fonde sur les travaux qu'elle est par ailleurs amenée à réaliser dans ce domaine, mais simplement de donner un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre présentés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cette appréciation porte sur trois éléments :

– les processus de centralisation et de contrôle des comptes des régimes et organismes, en amont de leur consolidation dans les tableaux d'équilibre ;

– la consolidation des comptes, c'est-à-dire les règles retenues pour établir les tableaux d'équilibre, en particulier leur conformité aux principes comptables applicables à la sécurité sociale ;

– la permanence des méthodes, c'est-à-dire la comparabilité des tableaux d'équilibre d'une année sur l'autre.

En 2007, examinant les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006, la Cour avait exprimé des réserves quant au processus de construction de ces tableaux, mettant d'abord en lumière une absence de vérification de la cohérence générale des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC), produits par les régimes et organismes de sécurité sociale, avec leurs comptes annuels. En outre, les modalités de ventilation par branche de certains produits et charges que sont contraints d'effectuer les régimes gérant plusieurs branches ne font pas l'objet d'un suivi suffisamment précis.

En 2007, la Cour avait pu certifier pour la première fois les comptes du régime général, le cas échéant avec réserves, mais les autres régimes de sécurité sociale n'ayant pas fait l'objet d'un audit en 2006 représentaient 75 % des charges et produits des régimes de base, étant en outre précisé que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) ne disposent pas de commissaire aux comptes. Dans ces conditions, il était encore trop souvent impossible de trouver dans des audits externes les éléments d'assurance utiles à la vérification des données utilisées pour la réalisation des tableaux d'équilibre. Enfin, la Cour avait considéré que l'outil de consolidation des comptes de résultat des régimes et branches « *ne permet pas de disposer d'états de synthèse comptables et financiers appropriés pour l'analyse et le contrôle des résultats annuels de la sécurité sociale* ».

Elle avait par ailleurs observé que certains retraitements effectués sur les comptes des régimes et branches contreviennent au principe de non-compensation des charges et produits. Les sommes en jeu, si elles n'ont pas d'effet sur les résultats nets des branches, avaient toutefois pour effet de minorer substantiellement le montant affiché des charges et produits de certaines branches : 11,4 milliards d'euros pour le régime général et 14,4 milliards d'euros

pour l'ensemble des régimes, tenant pour une grande part au traitement des reprises sur provisions pour prestations sociales et dépréciation des créances sur les prestataires (respectivement 7,8 milliards d'euros et 10,1 milliards d'euros).

Cela étant, la Cour n'avait pas remis pas en cause la validité des soldes des tableaux d'équilibre présentés par le projet de loi de financement et constatait la permanence de leur méthode d'établissement, laquelle autorisait donc la comparaison entre différents exercices, en particulier de vérifier dans quelle mesure les objectifs fixés en loi de financement ont été respectés en exécution. Enfin, elle relevait que ces tableaux permettent en outre de procéder à une analyse synthétique au sein d'une architecture qui demeure d'une grande complexité.

Dans son RALFSS de septembre 2008, la Cour des comptes estime que le mode d'élaboration des tableaux d'équilibre ne s'est guère amélioré. Si une démarche visant à contrôler les données comptables des régimes et organismes intégrées dans les tableaux d'équilibre a été mise en place et si la traçabilité des opérations de consolidation comptable a été renforcée, *« ces évolutions ont une incidence limitée sur l'assurance apportée à la Cour quant à la cohérence entre les comptes annuels arrêtés par les régimes et organismes (pour certains examinés par des auditeurs indépendants) et leur restitution sous une forme agrégée dans les tableaux d'équilibre »*. Elle considère que s'il est désormais possible d'examiner la décomposition des tableaux d'équilibre par régime et par branche, les contrôles effectués à partir des comptes annuels par la mission comptable permanente restent insuffisants, d'autant que celle-ci ne disposait pas, à la mi-juillet, des comptes de l'ensemble des régimes et organismes importants, alors que les textes en fixent la communication au 15 avril. Dès lors, *« si les vérifications effectuées par la Cour n'ont pas mis en évidence d'anomalie majeure dans la reprise des comptes, seule une assurance limitée peut être apportée sur la ventilation des charges et produits par branche »*.

Comme pour les comptes de 2006, la Cour déplore que soient pratiquées des opérations de contraction des comptes, qui ont pour effet de minorer les dépenses et recettes affichées et les éloignent de la présentation des résultats faite par les régimes et organismes dans leurs comptes annuels. De même qu'en 2006, ces retraitements n'ont pas d'incidence sur les soldes, mais exercent un impact de 17,7 milliards d'euros pour le régime général et de 21,2 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes. La Cour estime que le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale doit s'appliquer sans considération d'une éventuelle interprétation « économique » de l'équilibre, au demeurant impossible à définir.

Relevant par ailleurs que les « recettes » et les « dépenses » s'apparentent en réalité davantage à des produits et des charges, la Cour des comptes rappelle qu'elle a été amenée en juin dernier, à l'occasion de la certification des comptes pour 2007, à majorer de 979 millions d'euros le déficit de cet exercice. Elle juge en effet que trois opérations comportent des *« irrégularités comptables »*,

minorant le déficit des branches maladie et vieillesse respectivement de 700 millions d'euros et 300 millions d'euros :

– le rattachement aux résultats de 2007 des acomptes de CSG sur les revenus de placement, exigibles au titre de janvier 2008 (488 millions d'euros) ;

– l'inscription dans les comptes de la compensation intégrale du coût des exonérations sur les heures supplémentaires sans attendre l'adoption d'une disposition en loi de finances (152 millions d'euros) ;

– l'absence de comptabilisation au compte de résultat de la régularisation à la baisse des créances de cotisations du régime général (339 millions d'euros).

En conclusion, la Cour des comptes exprime l'avis suivant :

« Même si les vérifications effectuées par la Cour ont montré des progrès dans le mode d'élaboration des tableaux d'équilibre, il demeure que seule une assurance limitée peut être apportée sur la cohérence entre les comptes des régimes et organismes et ces tableaux d'équilibre en raison d'un contrôle insuffisant des données comptables en amont. Ils intègrent, d'autre part, des retraitements sans justification comptable, consistant à contracter les charges et les produits.

« En outre, ces tableaux sont fondés sur les comptes tels qu'ils ont été arrêtés par les régimes, lesquels n'intègrent pas les observations que la Cour a faites sur les irrégularités comptables qui l'ont conduite à refuser de certifier les comptes de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale. Cette situation améliore de 1,0 Md€ les résultats d'ensemble présentés dans le tableau d'équilibre du régime général et dans celui de l'ensemble des régimes de sécurité sociale. »

Rappelant qu'il n'existe pas d'obligation juridique conduisant à rectifier les comptes suites à un refus de certifier, le gouvernement conteste cette analyse. Il fait valoir que pour la CSG sur les revenus de placement, la pratique de comptabilisation retenue était déjà celle utilisée les années précédentes, conformément au principe selon lequel la CSG sur les revenus de placement est comptabilisée l'année où ont été générés les intérêts. S'agissant de la compensation de l'exonération des heures supplémentaires, il relève que l'opération de comptabilisation répond à une volonté expresse du législateur de compenser « à l'euro l'euro » ces exonérations. Enfin, sur les opérations liées à des erreurs de répartition entre attributaires des créances anciennes sur les cotisants à compter de 1996, le gouvernement a souhaité éviter que des régularisations d'opérations remontant à plus de dix ans puissent affecter de manière significative les comptes de la sécurité sociale et a donc procédé à ces régularisations en opérations de bilan.

Dès lors, comme le constate la Cour dans son rapport de certification des comptes du régime général, ces motifs « traduisent une forte divergence

d'appréciation avec le certificateur sur l'exigence de sincérité des écritures au regard des normes comptables ». Le rapporteur présentera donc un amendement destiné à clarifier la situation s'agissant de la méthode applicable aux acomptes de CSG.

La Cour des comptes tire les conséquences de son avis en présentant dans son rapport ses propres données consolidées pour 2007 (hors FSV et FFIPSA), incluant « *les corrections des irrégularités comptables susvisées et la suppression des retraitements contestés* ». Les deux tableaux ci-après rapprochent les montants calculés par la Cour de ceux que le présent article 1^{er} soumet à l'approbation du Parlement ainsi que des prévisions initiales (LFSS 2007) ou révisées (LFSS 2008), tant pour l'ensemble des régimes obligatoires de base que pour seul régime général :

Tableau d'équilibre 2007 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Réalisé (PLFSS 2009)			Réalisé (Cour des comptes)			Prévisions révisées (LFSS 2008)	Prévisions (LFSS 2007)
	Recettes	Dépenses	Solde	Produits	Charges	Résultat net		
Maladie	167,6	172,7	- 5,0	181,9	187,6	- 5,7	- 6,6	- 4,0
Vieillesse	169,0	172,9	- 3,9	171,7	175,9	- 4,2	- 4,0	- 2,9
Famille	55,1	54,9	+ 0,2	57,8	57,6	+ 0,2	- 0,5	- 0,7
AT-MP	11,7	12,0	- 0,4	12,6	13,0	- 0,4	- 0,3	+ 0,1
Total	398,3	407,4	- 9,1	418,9	429,0	- 10,1	- 11,4	- 7,5

Sources : PLFSS 2009, Cour des comptes (RALFSS septembre 2008)

Tableau d'équilibre 2007 du régime général

(en milliards d'euros)

	Réalisé (PLFSS 2009)			Réalisé (Cour des comptes)			Prévisions révisées (LFSS 2008)	Prévisions (LFSS 2007)
	Recettes	Dépenses	Solde	Produits	Charges	Résultat net		
Maladie	144,4	179,0	- 4,6	156,5	161,8	- 5,3	- 6,2	- 3,9
Vieillesse	85,7	90,3	- 4,6	87,4	92,3	- 4,9	- 4,6	- 3,5
Famille	54,6	54,5	+ 0,2	57,3	57,1	+ 0,2	- 0,5	- 0,8
AT-MP	10,2	10,6	- 0,5	11,0	11,5	- 0,5	- 0,4	+ 0,1
Total	290,0	299,5	- 9,5	307,3	317,7	- 10,5	- 11,7	- 8,0

Sources : PLFSS 2009, Cour des comptes (RALFSS septembre 2008)

En revanche, s'agissant enfin du FSV et du FFIPSA, la Cour des comptes ne présente pas de chiffrage corrigé.

Pour le rapporteur, au-delà des querelles sur les chiffres, l'essentiel demeure, savoir l'ampleur du déficit du régime général, compris entre 9,5 et 10,5 milliards d'euros en 2007, contre 8,7 milliards d'euros en 2006.

2. La certification des comptes pour 2007

De même que pour la cohérence des tableaux d'équilibre, en matière de certification, l'exercice 2007 a été l'occasion d'appliquer pour la deuxième fois le dispositif mis en place par la LOLFSS. La Cour des comptes a donc arrêté le 30 juin dernier son deuxième rapport de certification des comptes du régime général, en application de du 3° du VIII de l'article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale et de l'article L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières : *« Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos, établis conformément aux dispositions du livre I^{er} du code de la sécurité sociale. Ce rapport est remis au Parlement et au Gouvernement sitôt son arrêt par la Cour des comptes, et au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle afférente aux comptes concernés. »*

Ce rapport comporte à la fois l'exposé des vérifications opérées par la Cour, l'énoncé de ses observations et l'expression de ses justifications et appréciations en vue de la certification de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes du régime général, au regard des normes comptables qui leur sont applicables.

Il convient de rappeler que les comptes des régimes autres que le régime général sont certifiés par des commissaires aux comptes, et ce au plus tard pour l'exercice 2008, qui sera donc le premier pour lequel les comptes de l'ensemble des régimes feront l'objet d'une mission légale de certification.

Pour sa part, la Cour des comptes exprime dans son rapport sa position sur chacun des neuf ensembles d'états financiers (bilan, compte de résultat, annexe) comprenant les comptes annuels des quatre établissements publics nationaux constituant les têtes de réseau du régime général (CNAMTS, CNAF, CNAV et ACOSS), mais aussi, après un traitement approprié des comptes annuels de l'établissement public et de ceux des organismes de base constitutifs des réseaux concernés, les comptes combinés des quatre branches (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, vieillesse) et de l'activité de recouvrement.

Pour la première fois, la Cour a été amenée à se référer au nouveau plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), résultant d'un arrêté interministériel du 30 janvier 2008. Ce texte prend le parti de se référer autant que possible au plan comptable général et de se concentrer ainsi sur les spécificités résultant de dispositions législatives ou réglementaires. Il renvoie par ailleurs à une circulaire annuelle d'application, qui permettra d'adapter plus facilement le plan de comptes aux évolutions législatives et réglementaires. Sur le fond, le nouveau plan comptable traduit la pleine application du principe de la constatation des droits et obligations, conformément à la LOLFSS ; il s'applique

désormais explicitement à l'ensemble des comptes de la sécurité sociale, y compris les comptes combinés ; enfin, il redéfinit les modèles de documents de synthèse des comptes annuels des organismes nationaux et locaux de sécurité sociale, donnant ainsi un cadre de référence unique pour l'établissement du bilan, des comptes de résultat et de l'annexe des comptes combinés et des comptes annuels.

Pour l'ensemble des organismes, branches et activités contrôlés, la Cour des comptes, si elle « *ne méconnaît pas l'importance des efforts accomplis* » et a « *conscience que certains engagements de progrès très lourds pris par les caisses nationales à l'issue de la première certification ne pouvaient être mis en œuvre dès l'exercice 2007* », n'en met pas moins en avant l'inachèvement du déploiement et les insuffisances des dispositifs de contrôle interne.

• *L'activité de recouvrement et l'ACOSS*

Malgré l'opération d'extinction des dettes de l'État antérieures à 2007, la Cour des comptes relève la reconstitution d'une dette de 4,2 milliards d'euros à l'égard du régime général : 2,2 milliards d'euros au titre de la prise en charge des exonérations ciblées de cotisations sociales et 2 milliards d'euros au titre des prestations servies pour le compte de l'État ou financées par lui. Après prise en compte des versements intervenus au titre de la période complémentaire, le montant de la dette s'élève à 3,5 milliards d'euros.

S'agissant de la certification proprement dite, la Cour considère que les conditions dans lesquelles ont été produits les comptes ont constitué « *une limitation importante* » à son audit. Ainsi qu'on l'a vu plus haut à propos des tableaux d'équilibre, elle estime que le rattachement à l'exercice 2007 des acomptes de CSG sur revenus de placement afférents à 2008 est « *irrégulier en l'état actuel du référentiel comptable et du fait générateur fiscal* », qu'un produit à recevoir de 152 millions d'euros a été irrégulièrement inscrit au titre de l'insuffisance du financement des exonérations sur les heures supplémentaires et que le traitement comptable de la correction des erreurs de répartition entre tributaires des créances anciennes sur les cotisants et des provisions afférentes ne respecte pas les règles comptables relatives aux corrections d'erreurs.

Elle relève par ailleurs que l'absence de recensement complet et d'analyse des demandes de remboursement de cotisations suite à la réévaluation des exonérations générales de cotisations sociales à l'initiative des cotisants non traitées à la clôture de l'exercice constitue « *une incertitude quant à l'exhaustivité des passifs et des charges, d'un montant non chiffré probablement inférieur à 50 millions d'euros* ». L'absence de recensement et d'évaluation des provisions des risques liés aux litiges portant sur les cotisations et contributions « *constitue une incertitude de portée non chiffrable* » de même que la liquidation des cotisations d'accidents du travail à partir d'informations non à jour. En outre, les insuffisances du contrôle interne entraînent une incertitude quant à la réalité et l'exactitude des exonérations spécifiques aux DOM. Enfin, les estimations de

produits à recevoir et provisions pour dépréciation ne font pas l'objet d'une validation *a posteriori*.

Dès lors, la Cour des comptes estime qu'elle ne peut certifier ni les comptes combinés du recouvrement ni les comptes de l'ACOSS.

• *Les branches maladie et accidents du travail et la CNAM*

Pour ces deux branches et pour cette caisse nationale, la Cour des comptes considère que les conditions tardives et approximatives de production des comptes ont constitué une limitation à ses travaux d'audit. En outre, les mesures d'amélioration du contrôle interne et de la validation des comptes des organismes de base n'ont pas encore pu produire des résultats suffisants.

S'agissant plus spécifiquement de la *branche maladie*, la Cour est amenée à invoquer des limitations qu'elle a déjà constatées au titre de l'exercice 2006 : les vérifications relatives aux opérations et aux enregistrements comptables dans les domaines du règlement à l'acte et des règlements aux cliniques privées sont affectées par l'absence d'un chemin de révision et la CNAM ne dispose pas encore des moyens permettant d'obtenir une assurance raisonnable sur la fiabilité des données financières relatives aux opérations des mutuelles.

Par ailleurs, les règlements aux établissements et services médico-sociaux sont affectés par des insuffisances en matière de contrôle interne susceptibles de se traduire par des anomalies comptables et le mode de calcul des provisions relatives aux versements aux établissements hospitaliers anciennement sous dotation globale repose sur la notification intervenue tardivement d'une somme calculée par le ministère chargé de la santé sur la base d'évaluations qui lui sont propres et dont la correspondance entre le montant et celui des passifs à rattacher à l'exercice n'est pas pleinement assurée.

En outre, par construction, les insuffisances de contrôle de certains régimes dont la *CNAM* compense intégralement le solde (salariés agricoles, marins, ministres des cultes, militaires de carrière) font peser une incertitude sur ses comptes. Enfin, les dépenses relatives aux affectations de longue durée hors liste ont été enregistrées en charges exceptionnelles et non en charges courantes.

Hormis ces réserves, la Cour formule deux observations complémentaires : le traitement des opérations comptables entre la CNAM et la CNSA contribue à une moindre lisibilité des états financiers et l'incertitude relevée en 2006 quant à l'apurement du solde des avances consenties aux hôpitaux n'a pas été entièrement dissipée en 2007.

La certification des comptes de la *branche des accidents du travail et des maladies professionnelles* fait également l'objet de réserves spécifiques. La Cour relève en effet que l'annexe n'expose pas le dispositif retenu en matière de réparation des accidents du travail occasionnés par une faute inexcusable de l'employeur, notamment quant au retraçage des différentes prestations versées,

des montants récupérés sous diverses formes auprès des employeurs, des créances en cours et de leurs perspectives de recouvrement. En outre, la comptabilisation par la branche des remboursements de cotisations aux employeurs dans le cadre de contentieux mettant en cause la matérialité d'accidents du travail n'a pas donné lieu à enregistrement en comptes de charges, mais en réfaction de produit.

Dès lors, la certification des comptes combinés de ces deux branches et de ceux de la CNAM ne sont certifiés qu'avec réserves.

• *La branche famille et la CNAF*

Comme en 2006, sans aller jusqu'à refuser de certifier les comptes de la branche et de la caisse nationale, la Cour des comptes estime cependant ne pas être en mesure d'exprimer une opinion à leur sujet.

S'agissant de la *branche famille*, la Cour relève en effet que les déficiences générales du contrôle interne, dues notamment à l'absence de fichier national des bénéficiaires de prestations, demeurent de même ampleur qu'en 2006. De ce fait, « *il existe sur l'ensemble des dossiers des allocataires, un risque d'erreur à incidence financière élevé et significatif* ». Les erreurs consécutives à ces insuffisances « *sont évaluées pour 2007 à minima à 200 millions d'euros et sont très probablement d'un niveau supérieur* ». En outre, abstraction faite de toute appréciation concernant leur caractère exhaustif, les charges à payer et provisions pour charges de gestion technique ont été sous-estimées à hauteur de 230 millions d'euros et la provision destinée à couvrir le risque de non-recouvrement des indus suite à des trop versés de prestations est affectée d'une insuffisance de dotations de près de 100 millions d'euros.

La Cour relève par ailleurs des incertitudes quant à l'exactitude et à la séparation des exercices sur l'ensemble des charges de l'action sociale et en raison de l'absence de contrôle ou de certification des données comptables afférentes aux prestations familiales versées par d'autres régimes ou organismes délégataires et intégrées dans les comptes de la branche.

Enfin, la Cour formule une observation relative à l'écart entre les charges de cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer comptabilisées par la branche au titre des années de validité antérieures à 2005 et versées à la CNAV, d'une part, et les cotisations réelles notifiées par les organismes famille et validées par ceux de la branche vieillesse, d'autre part.

Au vu des limitations substantielles affectant l'audit des comptes combinés de la branche, la Cour des comptes estime que l'audit des comptes de la CNAF est lui-même affecté par des limitations substantielles. En effet, le bilan et le compte de résultat de la CNAF retracent l'ensemble des relations entre la caisse nationale et les organismes de base et principalement les dotations de gestion technique permettant aux CAF de servir les prestations de sécurité sociale. Ces dotations sont calculées pour couvrir exactement les charges nettes des CAF. Si les données financières correspondantes dans les comptes de la CNAF sont

exactes, elles ne le sont que pour autant que les comptes des CAF sont eux-mêmes réguliers, sincères et donnent une image fidèle de leur situation financière.

- *La branche vieillesse et la CNAV*

La Cour certifie les comptes de la branche et de la caisse nationale avec réserves.

En l'absence d'une description précise et hiérarchisée des incidents qui affectent l'application informatique utilisée pour la liquidation et le règlement des prestations légales d'assurance vieillesse, les erreurs susceptibles d'affecter les charges, créances et dettes qui leur sont liées ne peuvent être appréciées. En outre, faute de contrôle par l'ACOSS, une incertitude de portée non chiffrable affecte le produit des cotisations à la charge des employeurs des industries électriques et gazières au titre de l'adossment au régime général. Enfin, en l'absence d'un contrôle de leurs opérations par la branche retraite et de certification de leurs comptes, des incertitudes de portée non chiffrable affectent les déficits du régime des salariés agricoles et de la caisse des cultes pris en charge par le régime général.

Bien entendu, les constatations de la Cour à propos de la branche famille en matière d'assurance vieillesse des parents aux foyers (AVPF) (*cf. supra*) trouvent leur corollaire, sous forme d'observation, pour la branche vieillesse. Comme en 2006, la Cour ajoute une observation : l'incidence défavorable de l'adossment du financement d'une partie des prestations du régime spécial des industries électriques et gazières sur le résultat de la branche vieillesse du régime général doit être appréciée au regard du traitement spécifique de la soulte due par les entreprises de ce secteur retenu par le haut conseil interministériel de la comptabilité des organismes de sécurité sociale.

De même qu'en 2006, la Cour considère que bien qu'elles soient appliquées régulièrement, les règles définissant le périmètre de combinaison des comptes ne permettent pas d'appréhender de manière exhaustive la situation financière de la branche. En dépit de l'absence totale d'autonomie de décision du FSV sur le principe et le montant des concours qu'il lui affecte, les règles d'établissement des comptes combinés de la branche vieillesse conduisent à écarter le FSV du périmètre de ces comptes. La Cour évalue à 134 millions d'euros la quote-part du résultat du FSV qui serait à rattacher au résultat de la branche au titre de 2007, portant ce dernier à - 4,4 milliards d'euros. L'intégration des quotes-parts de résultats cumulés depuis la création du FSV porterait les capitaux propres de la branche vieillesse à - 9,2 milliards d'euros au 31 décembre 2007 au lieu de - 4,9 milliards d'euros.

3. L'analyse des données pour 2007

• *Le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale*

Le 1^o du présent article porte approbation du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base, excluant donc les résultats des organismes concourant à leur financement (FSV, FFIPSA).

Le résultat pour 2007 fait apparaître un déficit de 9,1 milliards d'euros, contre 7,8 milliards d'euros en 2006 et 11,6 milliards d'euros en 2005. Cette évolution défavorable s'est produite alors même que du côté des recettes, la progression globale reste soutenue (+ 4,4 %), malgré le recul des impôts et taxes affectés autres que la CSG, des ressources destinées à la compensation des exonérations générales de cotisations et des transferts du FSV. Mais les dépenses de la branche vieillesse ont connu une forte croissance (+ 5,9 %) – comparable à celle constatée en 2005 et 2006, en raison de la montée en charge des retraites anticipées pour carrières longues – de même, quoiqu'à un degré moindre, que celles de la branche maladie (+ 4,1 %).

De ce fait, comme en 2005 et 2006, ces deux branches continuent d'afficher un solde négatif. La branche famille renoue en revanche avec l'équilibre, et même un léger excédent (200 millions d'euros). Pour l'ensemble des branches, même si l'exécution se révèle globalement plus favorable que les prévisions révisées de la LFSS 2008 (– 11,4 milliards), le déficit se situe finalement au-delà de la prévision initiale de la LFSS 2007 (– 8 milliards).

Le rapport présenté en septembre dernier à la Commission des comptes de la sécurité sociale permet de disposer de données sur les autres régimes que le régime général. La Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), grâce au dynamisme des cotisations, continue ainsi d'afficher un léger excédent (466 millions d'euros), tandis que les différentes branches du RSI restent proches de l'équilibre. Le solde du régime des exploitants agricoles demeure stable (– 219 millions d'euros).

Afin d'appréhender la dimension réelle de la situation des comptes sociaux, il convient d'ajouter au déficit des régimes obligatoires de sécurité sociale celui des organismes concourant à leur financement (FSV et FFIPSA). Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale fournit les chiffres suivants, révélateurs de la tendance toujours peu satisfaisante des finances sociales en 2007 : 11,1 milliards d'euros de déficit pour le régime général et les fonds – le redressement de la situation du FSV étant pour moitié absorbé par la dégradation de celle du FFIPSA – contre 14,5 milliards d'euros en 2005 et 10,4 milliards d'euros en 2006.

• *Le tableau d'équilibre du régime général*

Le 2^o du présent article porte approbation du tableau d'équilibre du seul régime général, dont le déficit atteint 9,5 milliards d'euros, contre 11,6 milliards

d'euros en 2005 et 8,7 milliards d'euros en 2006. Compte tenu de la prépondérance du régime général, son évolution n'est pas fondamentalement différente de celle qui vient d'être décrite pour l'ensemble des régimes, les prévisions de déficit ayant été fixées à 8 milliards d'euros en LFSS 2007 puis à 11,7 milliards d'euros en LFSS 2008.

Dans ces conditions, le solde de trésorerie de l'ACOSS (hors reprise de dette de la CADES) s'est élevé à - 12,5 milliards d'euros, contre - 16,9 milliards d'euros en 2005 et - 11,4 milliards d'euros en 2006. Cependant, le solde du compte unique de disponibilités courantes (CUDC) ouvert auprès de la Caisse des dépôts et consignations, qui atteignait - 6,9 milliards d'euros fin 2005 et - 12,5 milliards d'euros fin 2006, s'élevait à 20,1 milliards d'euros au 31 décembre 2007.

La dégradation de ce solde (- 7,5 milliards d'euros) a été inférieure au déficit comptable du régime général en 2007 (- 9,5 milliards d'euros), car elle a été atténuée par l'apurement de la dette de l'État à l'égard des organismes de sécurité sociale, effectué à hauteur de 5,1 milliards d'euros le 5 octobre 2007. Ont en revanche contribué à l'alourdir diverses corrections et régularisations pour un montant net de 3 milliards d'euros, tenant principalement au décalage entre le fait générateur et les remboursements de l'État au titre des compensations d'exonérations et aux décalages temporels entre comptes en droits constatés et données de trésorerie.

La dégradation de la situation du régime général tient essentiellement à l'évolution de la branche vieillesse.

En effet, bien que d'un montant élevé (4,6 milliards d'euros), le déficit de la branche maladie recule cependant par rapport à 2006, où il avait atteint 5,9 milliards d'euros. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a certes été dépassé, mais les recettes de la branche ont progressé de plus de 5 %.

En revanche, le déficit de la branche vieillesse s'est fortement dégradé, atteignant 4,6 milliards d'euros contre 1,9 milliard d'euros en 2006. La montée en charge de la mesure relative aux retraites anticipées s'est poursuivie, pour un coût de 2,1 milliard d'euros, se joignant aux effets du départ en retraite de la génération du *baby boom* (plus de 760 000, soit 50 000 de plus qu'en 2006). En outre, les charges financières ont doublé, pour atteindre près de 500 millions d'euros : ayant antérieurement versé ses excédents au FRR, la CNAV souffre de l'absence structurelle de réserves, situation aggravée par les insuffisances des remboursements du FSV et de l'État ainsi que par le déficit proprement dit de la CNAV.

La branche famille affiche désormais un excédent de 156 millions d'euros, tenant au ralentissement de la progression des prestations légales (+ 3 % contre + 4,5 % en 2006), sous l'effet de la fin de la montée en charge de la prestation

d'accueil du jeune enfant (PAJE). Les dépenses d'action sociale ont fortement progressé (+ 4,7 %) mais les recettes ont bénéficié du dynamisme de la masse salariale du secteur privé.

L'augmentation de 400 millions d'euros du déficit de la branche des accidents du travail s'explique principalement par de nouvelles écritures comptables faisant suite à des observations de la Cour des comptes : provision de 150 millions d'euros au titre de la reprise des déficits 2006 et 2007 du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et prise en compte, à hauteur de 100 millions d'euros, de la non-déclaration par certains hôpitaux publics de prises en charge au titre des accidents du travail.

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

Le 3^o du présent article porte approbation du tableau d'équilibre des deux organismes qui ont concouru en 2007 au financement des régimes obligatoires de base, le FSV et le FFIPSA.

– Le FSV

Créé en 1994, le FSV est un établissement public de l'État chargé de financer les avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale et servis par les régimes de retraite de base de la sécurité sociale : majorations de pensions et validation de périodes assimilées à des périodes d'assurance. Le dernier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale dispose que ses recettes et ses dépenses doivent être équilibrées.

Après un déficit de 2 milliards d'euros en 2005 et de 1,3 milliard d'euros en 2006, le solde du fonds est devenu positif en 2007 (151 millions d'euros), et ce pour la première fois depuis 2000, alors même que la prévision de la LFSS 2007 et la prévision révisée en LFSS 2008 envisageaient un déficit.

Traduisant la forte sensibilité des comptes du FSV à la conjoncture économique, ce résultat s'explique par la diminution de ses charges en raison de l'amélioration du marché de l'emploi : les cotisations prises en charge au titre du chômage, en recul de 1,3 % en 2006, ont baissé de 8 % en 2007. Les dépenses liées au minimum vieillesse ont également diminué (- 1,1 %) tandis que celles correspondant aux majorations de pension pour enfant ou conjoint à charge sont en augmentation (+ 4,5 %).

Le redressement des comptes s'explique également par la forte progression des produits (+ 7%), tenant au dynamisme de la CSG (+ 4,9 %), à l'augmentation des remboursements par la CNAF des majorations pour enfants des pensions de retraite et au quasi-doublement du produit de la C3S attribuée au fonds. En outre, le fonds a bénéficié des contributions des employeurs sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité (81 millions d'euros) et sur les « retraites chapeaux » (28 millions d'euros).

Cela étant, le déficit cumulé s'élevait, au 31 décembre 2007, à 4,8 milliards d'euros.

– Le FFIPSA

Créé par l'article 40 de la loi de finances pour 2004, le FFIPSA est un établissement public de l'État chargé de succéder au budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) afin d'assurer le financement du régime des non-salariés agricoles. Le FFIPSA est alimenté par un financement spécifique, associant, pour environ 40 % chacun, transferts de compensation et affectation de taxes ou impôts, le produit des cotisations et de la CSG ne représentant qu'un peu moins de 20 % de ses recettes. Il comporte trois sections (famille, maladie, vieillesse), est chargé d'effectuer les versements correspondants à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Contrairement au FSV, il peut emprunter.

En 2005, première année de son fonctionnement, le fonds a enregistré un déficit de 1,4 milliard d'euros, mais l'article 117 de la loi de finances rectificative pour 2005 a autorisé le transfert à l'État, à hauteur de 2,5 milliards d'euros, des dettes contractées par la CCMSA pour assurer le financement du FFIPSA, laissant néanmoins subsister une créance du FFIPSA sur l'État de 618 millions d'euros, correspondant à l'écart entre le déficit 2004 du BAPSA (3,2 milliards d'euros) et la reprise de dette (2,5 milliards d'euros).

En 2006, la situation du FFIPSA a continué d'être défavorable, avec un déficit de près de 1,3 milliard d'euros. L'article 3 de la LFSS pour 2007 avait approuvé un tableau d'équilibre faisant apparaître un solde négatif de 1,9 milliard d'euros. Mais cette amélioration est presque entièrement imputable à un produit exceptionnel au titre des droits sur les tabacs (réforme des faits générateurs des taxes affectées, permettant de rattacher davantage de droits à l'exercice) et à la reprise de la provision pour arrêté tardif en dotation globale hospitalière, qui n'est plus retracée dans les comptes depuis 2006.

En 2007, le déficit s'est encore creusé, se situant dans les prévisions des LFSS 2007 et 2008, pour atteindre 2,3 milliards d'euros. Faute du produit exceptionnel enregistré en 2006, compte tenu du doublement des frais financiers et malgré une faible progression des charges, les dépenses du FFIPSA ont évolué plus rapidement que ses recettes.

Les prestations de la branche maladie ont progressé de 3,6 %, notamment du fait de versements plus importants à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Cette branche est caractérisée par une baisse tendancielle du nombre des bénéficiaires (-2,8 % en 2007), mais le vieillissement de la population couverte se traduit par une consommation médicale plus importante. Corrélativement, les prestations familiales ont continué de reculer (-2,7 %). Les dépenses de la branche vieillesse ont en revanche augmenté de 1,6 %, notamment en raison de la revalorisation des pensions et de l'amélioration des petites retraites

agricoles, tandis que la baisse des effectifs de pensionnés a été freinée par l'accélération des départs anticipés en retraite. La diminution du nombre des bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) a entraîné une baisse des versements du FSV. Pour l'ensemble du régime, les charges d'intérêt ont plus que doublé pour atteindre près de 200 millions d'euros.

S'agissant des recettes, la diminution (– 4,5 %) tient au recul du produit des droits sur les tabacs au regard du caractère exceptionnel de l'exercice 2006, à la baisse des acomptes de compensation démographique et à une minoration exceptionnelle de la contribution de la CNAF.

À la fin de l'exercice, le déficit cumulé atteignait donc 4,9 milliards d'euros.

• *L'ONDAM*

Le 4^o du présent article porte approbation du montant des dépenses constatées en 2007 entrant dans le champ de l'ONDAM. Ce montant s'élève à 147,8 milliards d'euros, pour un objectif fixé à 144,8 milliards d'euros par la LFSS 2007 et révisé à 147,7 milliards d'euros en LFSS 2008. Le dépassement constaté par le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale correspond à 2,1 % de son montant initial, contre 0,8 % en 2006, soit un montant de 2,9 milliards d'euros et une augmentation globale de 4,2 % (contre 3,1 % en 2006).

Cette évolution est entièrement imputable aux soins de ville, qui ont progressé de 4,5 % et dépassé de 3,1 milliards d'euros le sous-objectif qui leur était assigné : le montant des dépenses de 2006 s'est révélé plus fort que prévu lorsque l'ONDAM 2007 a été construit et l'ensemble des prescriptions ont connu une croissance très dynamique. En revanche, les établissements de santé sont demeurés en-deçà du sous-objectif hospitalier : cette sous-consommation de 160 millions d'euros s'explique toutefois essentiellement par une réalisation au titre de 2006 inférieure à la prévision sur laquelle avait été fondée l'élaboration des objectifs 2007.

• *Les recettes affectées au FRR*

Le 5^o du présent article porte approbation du montant de la dotation au titre de 2007 au FRR, soit 1,8 milliard d'euros, en progression par rapport à 2006 (1,5 milliard d'euros). En l'absence de reversement d'excédents de la CNAV et, *a fortiori*, du FSV mais aussi de fraction du produit de la C3S, il s'agit, à hauteur de 99,2 %, de la part (65 %) réservée au fonds au titre du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital. L'évolution de ce prélèvement est moins dynamique en 2007 (+ 15 %) qu'en 2006 (+ 21 %), mais les recettes sont néanmoins supérieures aux montants inscrits en LFSS 2007 (1,6 milliard d'euros).

Le FRR bénéficie par ailleurs du produit des redevances au titre des téléphones mobiles de la troisième génération (UMTS), soit 1 % du chiffre d'affaires annuel réalisé sur cette activité (11 millions d'euros).

Sont en outre affectés au FRR le produit de la contribution de 8,2 % sur la part de l'abondement de l'employeur supérieure à 2 300 euros au plan d'épargne retraite collectif (PERCO) et les montants d'intéressement et de participation non réclamés par les salariés et reçus par la Caisse des dépôts et consignations au terme de délai de prescription trentenaire. Ces deux ressources se sont élevées à 4,2 millions d'euros en 2007.

En application de l'article 18 de la LFSS 2007, le FRR reçoit également les revenus issus des avoirs des contrats d'assurance vie en déshérence. Les versements ont commencé début 2008 pour 300 000 euros, rattachés aux comptes 2007. Compte tenu de la longueur des délais de prescription (trente ans à compter du décès du souscripteur ou de la fin du contrat), le rendement de cette recette n'est pas appelé à s'accroître de façon significative à court terme.

Enfin, le résultat financier s'est élevé à 2,8 milliards d'euros, en hausse de 592 millions d'euros par rapport à 2006, se répartissant entre 2,7 milliards d'euros pour la gestion sous mandat et 118 millions d'euros pour la gestion de trésorerie (rémunération des comptes ouverts à la Caisse des dépôts et consignations). Ces montants ne prennent en compte que les plus-values réalisées, correspondant à des cessions de titres dont le prix de vente est supérieur au prix d'achat. Ils excluent donc les plus-values latentes que pourrait réaliser le FRR : figurant au bilan, en tant que capitaux propres, mais non dans le compte résultat, elles étaient estimées à 1,2 milliard d'euros au 31 décembre 2007, contre 2,6 milliards d'euros un an plus tôt. La performance annuelle du fonds s'est élevée à 4,8 %, contre 11,2 % en 2006, la performance annualisée (+ 8,8 %) demeurant supérieure à l'objectif de long terme poursuivi par le FRR (de l'ordre de + 6 %).

L'allocation stratégique de placements arrêtée le 16 mai 2006 par le conseil de surveillance a continué de s'appliquer : 60 % en actions (dont 33 % en zone euro et 27 % hors zone euro), 30 % en obligations (dont 21 % en zone euro et 9 % hors zone euro) et 10 % en actifs diversifiants (marché non coté, immobilier, indices de matières premières et infrastructures).

Au cours de l'année 2007, une procédure d'appel d'offres portant sur des mandats de capital-investissement a permis d'attribuer quatre mandats, à déployer entre 2007 et 2010. Au 31 décembre, le portefeuille investi du FRR se répartissait de la manière suivante : 18,3 milliards d'euros d'actions, 10,4 milliards d'euros d'obligations et 300 millions d'euros d'actifs diversifiants.

En fin d'exercice, la valeur des capitaux propres s'établissait à 30,6 milliards d'euros (dont 1,2 milliard d'euros de plus-values latentes), contre 27,5 milliards d'euros en 2006, soit moins de 20 % de l'objectif assigné au FRR lors de sa création en 200.

• *La dette amortie par la CADES*

Le 6° du présent article porte approbation du montant de la dette amortie par la CADES en 2007 : 2,6 milliards d'euros, contre 2,6 milliards d'euros en 2005 et 2,8 milliards d'euros en 2006, soit un montant supérieur à celui fixé par la LFSS 2007 (2,5 milliards d'euros) et conforme à l'objectif rectifié en loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Ce chiffre correspond au principal de la dette sociale remboursé par la CADES en 2007, lui-même égal au résultat brut d'exploitation. En recettes, le produit annuel des contributions pour le remboursement de la dette sociale (5,7 milliards d'euros) se révèle toujours en forte progression (+ 3,7 %) : si l'anticipation des prélèvements sur les intérêts des plans d'épargne-logement de plus de dix ans, n'a joué que sur l'exercice 2006, entraînant un contrecoup sur 2007, le rendement de la CRDS a toutefois bénéficié de l'impact de la généralisation du prélèvement libératoire et de l'augmentation du niveau des acomptes de fin d'année. Déduction faite du produit net bancaire, c'est-à-dire de la charge nette des intérêts (- 3,1 milliards d'euros), c'est bien un montant de 2,6 milliards d'euros qui a pu être amorti en 2007.

Au 31 décembre 2007, le montant de la dette reprise par la CADES s'élevait à 107,6 milliards d'euros. Au bilan, la situation nette négative – c'est-à-dire le montant de la dette restant à amortir – est donc passée de 75,7 milliards d'euros à 72,9 milliards d'euros.

L'annexe 8 au présent projet de loi rappelle qu'en 2007, la CADES, pour la première fois de son histoire, n'a eu à financer que le remboursement et le paiement des intérêts des emprunts émis. Pour ce faire, elle a emprunté 5,6 milliards d'euros sur les marchés de capitaux à moyen et long termes, auxquels s'ajoutent 3,7 milliards d'euros de financements à court terme. Le volume d'émissions est en forte diminution par rapport aux deux exercices antérieurs, puisque la CADES a achevé la mise en place du financement à long terme des reprises de dette votées en 2004. Un nouvel emprunt de référence en euros à dix ans a été lancé en mars 2007 afin de poursuivre la stratégie consistant à assurer la valeur et la lisibilité de la signature de la CADES sur les marchés internationaux.

La nouvelle souche indexée sur l'inflation à dix ans lancée en juillet 2006 a vu son encours porté de 1,25 milliard d'euros à 2 milliards d'euros afin de garantir la liquidité des titres sur le marché secondaire et d'en faire un emprunt de référence. Les émissions de titres structurés et de placements privés ont représenté un peu moins de 5 % du programme de financement, soit un pourcentage légèrement plus faible que celui des années précédentes, s'expliquant par un environnement financier difficile qui a provoqué la fermeture de ce marché en milieu d'année.

Enfin, les programmes de financement à court terme (billets de trésorerie, *euro commercial paper* et *US commercial paper*) ont continué à être très actifs, avec un total émis de 18,8 milliards d'euros en 168 transactions (dont 92 % libellées en dollars américains). Ces programmes ont permis à la CADES de faire face à ses

engagements dans des conditions de marché particulièrement tendues, notamment à l'automne, à des niveaux de financement exceptionnels. Les émetteurs tels que la CADES ont pu offrir une alternative de placement aux liquidités qui étaient, avant la crise, investies sur des actifs plus risqués ou prêtées à des établissements bancaires.

Au 31 décembre 2007, la structure de l'endettement était la suivante : 23,8 % à taux révisable, 57,7 % à taux fixe et 18,5 % à taux indexé. L'endettement net en valeur de remboursement, soit 72,7 milliards d'euros, était réparti pour 12,8 % à moins d'un an, 34,9 % entre un et cinq ans et 52,3 % à plus de cinq ans.

*

La Commission adopte l'article 1^{er} sans modification.

Article 2

Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2007

En vertu du 3^o du A du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *approuve le rapport mentionné au II de l'article L.O. 111-4 et, le cas échéant, détermine, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, les mesures législatives relatives aux modalités d'emploi des excédents ou de couverture des déficits du dernier exercice clos, tels que ces excédents ou ces déficits éventuels sont constatés dans les tableaux d'équilibre* ». Le II de l'article L.O. 111-4 dispose en effet que « *le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos* ».

Ce rapport constitue l'annexe A au présent projet de loi de financement. Il présente les mesures relatives à l'affectation des excédents ou à la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er}, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2007. Il convient de préciser que le document ne porte que sur un seul exercice, et non sur les excédents ou déficits cumulés de plusieurs exercices.

À la différence de 2005 et 2006, où toutes les branches des régimes obligatoires de la sécurité sociale ainsi que les fonds de financement étaient déficitaires, la situation s'est légèrement améliorée en 2007, puisque la branche famille et le FSV ont enregistré des excédents, respectivement de 0,2 milliard d'euros et 151 millions d'euros.

Le rapport annexé au présent article n'en doit donc pas moins décrire le mode de couverture des déficits constatés pour l'exercice 2007. Il est divisé en deux parties :

– une première partie consacrée, comme en 2005 et en 2006, au seul régime général et n'évoquant donc pas les résultats des autres régimes de base ;

– une seconde partie consacrée aux organismes concourant au financement de ces régimes, à savoir, en 2007, le FSV et le FFIPSA.

1. Le régime général

En 2006, le déficit de la branche maladie avait fait l'objet d'une reprise par la CADES, se distinguant ainsi de celui des autres branches. En 2007, faute de reprise de dette par la CADES, le déficit du régime général a été couvert par les deux moyens dont dispose désormais l'ACOSS : la conclusion d'emprunts de trésorerie auprès de la Caisse des dépôts et consignations, d'une part, l'émission de billets de trésorerie, d'autre part. Ces opérations se sont faites dans la limite du plafond de recours à des ressources non permanentes fixé par l'article 43 de la LFSS 2007, à savoir 28 milliards d'euros. Pour l'ACOSS, les charges financières nettes de ce portage se sont élevées à 648 millions d'euros.

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

• *Le FFIPSA*

En 2007, le résultat du fonds a été déficitaire de 2,2 milliards d'euros, portant le déficit cumulé à 4,8 milliards d'euros, auquel il faut ajouter les 0,6 milliard d'euros de reliquat de dette du budget annexe des prestations sociales agricoles. Le financement en a été assuré par les emprunts de trésorerie conclus, sur délégation du fonds, par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), selon une procédure que la Cour des comptes avait contestée dans son RALFSS de septembre 2007.

Comme en 2006, la LFSS 2007 a autorisé le FFIPSA à contracter des emprunts pour un montant maximal de 7,1 milliards d'euros, plafond qui a été respecté.

• *Le FSV*

L'excédent du fonds en 2007 a permis de réduire légèrement son déficit cumulé, qui s'élevait à 4,8 milliards d'euros en fin d'exercice. La problématique demeure donc identique à celle des années précédentes : contraint de présenter des comptes en équilibre et n'ayant pas le droit d'emprunter, le FSV, par ses retards de paiement, reporte ses difficultés financières sur la branche vieillesse, auprès de laquelle ses dettes s'élèvent à 5,4 milliards d'euros (5,3 milliards d'euros pour la CNAV et 0,1 milliard d'euros pour la CCMSA). Dès lors, ce sont les emprunts de

trésorerie de l'ACOSS qui ont financé cette dette, dans les mêmes conditions que les déficits propres à la CNAV, pour une charge financière de 271 millions d'euros contre 160 millions d'euros en 2006.

*

*La Commission **adopte** l'article 2 sans modification.*

*Puis elle **adopte** la première partie du projet de loi sans modification.*

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2008

Section 1

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

Article 3

Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2008

En vertu du 1° du B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général par branche, ainsi que des organismes concourant au financement de ces régimes* ».

En coordination avec le présent article, l'article 7 du projet de loi propose de rectifier les prévisions pour 2008 des objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du régime général : s'agissant de ces régimes, le commentaire de cet article (*cf. infra*) permettra de consacrer des développements spécifiques aux rectifications de dépenses pour 2008.

Les articles de la LFSS 2008 sur lesquels portent les rectifications proposées par le présent article sont :

– l'article 29, fixant les 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 ;

– l'article 30, approuvant le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

– l'article 31, approuvant le tableau d'équilibre du régime général ;

– l'article 32, approuvant le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

1. Les régimes obligatoires de base

Le 1^o du présent article porte rectification des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Ces prévisions de recettes, telles que fixées par l'article 29 de la LFSS 2008, et ce tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 30 de la même loi, sont mises en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications que propose d'y apporter l'article 3 du présent projet de loi.

Tableau d'équilibre 2008 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Prévisions (LFSS 2008)			Prévisions rectifiées (PLFSS 2009)		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	175,4	179,5	- 4,1	175,4	179,4	- 3,9
Vieillesse	175,6	179,7	- 4,2	175,7	181,2	- 5,6
Famille	57,1	56,8	+ 0,3	57,3	56,9	+ 0,5
AT-MP	12,2	11,8	+ 0,3	12,6	12,2	+ 0,4
Total (hors transferts)	414,8	422,5	- 7,7	415,6	424,3	- 8,7

Sources : LFSS 2008, PLFSS 2009

Il est proposé de rectifier légèrement à la hausse les recettes de l'ensemble des régimes (+ 0,2 %). Par rapport à 2007, et plus encore qu'en 2006, elles se caractérisent encore par leur dynamisme (+ 4,3 %). La progression des dépenses demeure également soutenue (+ 4,1 %), mais la rectification par rapport aux objectifs de la LFSS 2008 est significativement supérieure à celle des recettes (+ 2,4 %).

Dès lors, il est proposé de rectifier le déficit de l'ensemble des régimes en adoptant une prévision aggravée de 1 milliard d'euros. Cette évolution est intégralement imputable à la branche vieillesse (- 1,4 milliard d'euros), dans la mesure où le solde des trois autres branches serait plus favorable que celui fixé en LFSS 2008.

2. Le régime général

Le 2^o du présent article porte rectification des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre du régime général.

Ces prévisions de recettes, telles que fixées par l'article 29 de la LFSS 2008, et ce tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 31 de la même loi, sont mis en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications que propose d'y apporter l'article 3 du présent projet de loi.

Tableau d'équilibre 2008 du régime général

(en milliards d'euros)

	Prévisions (LFSS 2008)			Prévisions rectifiées (PLFSS 2009)		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	151,0	155,2	- 4,2	151,0	155,0	- 4,0
Viellissement	89,2	94,3	- 5,2	89,8	95,6	- 5,7
Famille	56,7	56,4	+ 0,3	56,9	56,4	+ 0,4
AT-MP	10,8	10,5	+ 0,3	11,0	10,6	+ 0,4
Total (hors transferts)	302,3	311,1	- 8,8	303,4	312,3	- 8,9

Sources : LFSS 2008, PLFSS 2009

Il est ainsi proposé de rectifier légèrement à la hausse les recettes du régime général (+ 0,4 %), dans une proportion très proche de la rectification des dépenses.

Dès lors, le solde révisé du régime général pour 2008 ne se dégraderait que 0,1 milliard d'euros par rapport aux montants fixés en LFSS 2007. Mais cette apparente stabilité dissimule des évolutions divergentes : déficit plus élevé que prévu pour la branche vieillesse, résultats plus satisfaisants pour les trois autres branches. Par rapport à 2007, le déficit du régime général reculerait de 0,6 milliard d'euros, grâce à l'amélioration du solde des branches autres que la vieillesse.

Après trois exercices au cours desquels les charges ont augmenté moins vite que les produits, 2007 s'était caractérisé par une progression de 4,4 % des produits (contre 5,8 % en 2006) mais de 4,6 % des dépenses (contre 4,5 % en 2006). Cette inversion des taux de progression des recettes et des dépenses avait donc rendu éphémère l'amélioration du solde du régime général constatée en 2006. En 2008, les recettes (+ 4,4 %) croîtraient à nouveau un peu plus vite que les dépenses (+ 4,0 %)

- En 2008, comme en 2007, deux évolutions contribuent à la bonne tenue des recettes :

- la croissance de la masse salariale du secteur privé, qui, selon les informations présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier, demeurerait « voisine de 4,5 % » en 2008 (contre + 4,8 % en 2007), ce chiffre devant sans doute être reconsidéré à la baisse compte tenu de l'évolution de l'emploi au cours du second semestre de 2008 ;

- bien que ralentie (+ 5,4 % contre 23,4 % en 2006 et 12,5 % en 2007), la croissance des prélèvements sociaux sur les revenus du capital resterait soutenue, sachant toutefois qu'une grande partie de cette croissance tient à la mise en place en 2008 d'un prélèvement à la source sur les dividendes. Dès lors, l'accélération du calendrier de recouvrement en 2008 devrait entraîner un contrecoup important en 2009.

En revanche, la montée des exonérations de cotisations sociales, même si elles sont compensées à environ 90 % de leur montant total, a freiné la progression des cotisations sociales, sensiblement inférieure à la progression de la masse salariale (+ 3,2 % en 2008).

- Pour ce qui concerne les dépenses, les branches présentent des situations très différentes.

Le déficit de la *branche maladie* diminuerait d'environ 600 millions d'euros. Comme en 2007, le dépassement de l'ONDAM, de l'ordre de 800 millions d'euros, serait entièrement imputable aux soins de ville (+ 900 millions d'euros) : leur progression (+ 2,8 %) s'est ralentie, atteignant toutefois + 4 % hors franchises, dont l'effet est particulièrement sensible sur les médicaments (+ 0,5 % au lieu de + 3,8 %). 2008 marque également une accélération de la croissance des indemnités journalières (+ 4,5 % sur les huit premiers mois). Les établissements demeureraient en revanche à 100 millions d'euros en dessous de l'objectif. Par ailleurs, l'article 5 du présent projet de loi réduit de 163 millions d'euros les dotations de la CNAM au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

Comme en 2007, le déficit de la *branche vieillesse* se creuserait, passant de 4,6 milliards d'euros à 5,7 milliards d'euros. Le rythme élevé de progression des prestations, de l'ordre de 6 %, se maintiendrait pour la quatrième année consécutive. Les départs en retraite se maintiendraient à un niveau élevé (770 500 contre 762 000 en 2007), avec en outre une nouvelle progression des charges financières, qui atteindraient 729 millions d'euros (contre 489 millions d'euros). Le dispositif de retraites anticipées pour carrière longue poursuit sa montée en charge, pour un coût de près de 2,5 milliards d'euros en 2008.

Poursuivant l'évolution constatée depuis 2006, le solde de la *branche famille* devrait s'améliorer à nouveau de près de 200 millions d'euros, grâce à la fin de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et par une revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) limitée à 1,1 % au 1^{er} janvier dernier.

Après trois exercices déficitaires, la *branche des accidents du travail* renouerait avec les excédents, à hauteur de 400 millions d'euros, tenant notamment à une baisse des charges exceptionnelles enregistrées en 2007 et à la suppression des exonérations non compensées de cotisations au titre des accidents du travail.

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

Le 3^o du présent article porte rectification des prévisions de recettes et du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Ce tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 32 de la LFSS 2008, est mis en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications que propose d'y apporter l'article 3 du présent projet de loi.

Tableau d'équilibre 2008 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Prévisions (LFSS 2008)			Prévisions rectifiées (PLFSS 2009)		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
FSV	14,8	14,2	+ 0,6	15,3	14,4	+ 0,9
FFIPSA	14,2	16,8	- 2,7	14,4	17,0	- 2,6

Sources : LFSS 2008, PLFSS 2009

2008 serait marqué par une double amélioration par rapport au tableau d'équilibre voté en LFSS 2008.

- *L'amélioration de la situation du FSV se confirmerait*

En raison de la structure de ses produits et de ses charges, l'équilibre du FSV est très sensible à la conjoncture économique, particulièrement au nombre de chômeurs indemnisés. Déficitaire de 2 milliards d'euros en 2005, le FSV a ainsi amélioré son solde de 746 millions d'euros en 2006 puis de 1,4 milliard d'euros en 2007. La tendance se ralentirait en 2008, avec un excédent progressant de 760 millions d'euros pour atteindre 900 millions d'euros, soit 273 millions d'euros de mieux que prévu en LFSS 2008.

En 2008, les produits du FSV s'accroîtraient de 5,8 %, grâce au dynamisme de la contribution sociale généralisée (CSG) (+ 4,2 % contre 3,5 % en 2006), particulièrement sur les revenus du capital, ainsi qu'à un plus grand versement de reliquat de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), et malgré l'affectation à la CNAV de la contribution sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité. Comme en 2007, la contribution sur les « retraites-chapeaux » rapporterait 28 millions d'euros.

Les charges, en diminution de 3,3 % en 2007, n'augmenteraient que de 0,6 %, mais cette prévision, qui intègre les effets des différentes revalorisations des pensions et du minimum vieillesse, se fonde sur une baisse de 140 000 de l'effectif des chômeurs dont le FSV prend en charge les cotisations retraite. Compte tenu des fortes incertitudes inhérentes à la conjoncture économique, le rapporteur se doit de rappeler que la prise en charge de 100 000 chômeurs se traduit par une charge d'environ 250 millions d'euros pour le fonds.

Si l'on retient les chiffres présentés à la Commission des comptes de la sécurité sociale et repris dans l'annexe 8 au présent PLFSS, le déficit cumulé du FSV serait réduit à 3,9 milliards d'euros, après avoir atteint un pic de près de 5 milliards d'euros en 2006.

- *Le déficit du FFIPSA serait légèrement moins élevé que prévu*

Déficitaire de 1,4 milliard d'euros en 2005, le FFIPSA avait très légèrement amélioré son solde en 2006 (- 1,3 milliard d'euros), mais sa situation s'était à nouveau dégradée en 2007 (- 2,2 milliards d'euros). En 2008, le déficit continuerait de se creuser (- 2,6 milliards d'euros), toutefois en léger recul (86 millions d'euros) par rapport à la prévision inscrite en LFSS 2008. Le déficit résulte pour 1,4 milliard d'euros de la section maladie et pour 1,2 milliard d'euros de la section vieillesse.

L'évolution des dépenses de maladie demeurerait stable (+ 3,6 %) : le versement à la CNSA et la forte progression des dépenses médico-sociales seraient partiellement compensés par la décroissance du nombre des bénéficiaires. La hausse des prestations familiales (+ 12,1 %) apparaît spectaculaire, mais s'analyse en réalité comme un retour à la normale après les régularisations comptables enregistrées au titre de l'exercice 2007. Pour ce qui est de l'assurance vieillesse, les dépenses progresseraient de 1,4 %, les effets de la diminution des effectifs étant inférieurs à ceux des revalorisations et des mesures en faveur des petites retraites agricoles. En raison d'un recours croissant à l'emprunt et de taux d'intérêt plus élevés, les charges d'intérêt dépasseraient 300 millions d'euros.

Malgré le recul de la compensation démographique et du produit des droits sur les tabacs, les recettes du fonds augmenteraient de 0,7 %, grâce au dynamisme des cotisations et de la CSG ainsi qu'au versement de la CNSA.

4. Le solde d'ensemble 2008

Pour disposer d'un aperçu de la situation financière prévisionnelle pour l'exercice 2008 de l'ensemble de la sécurité sociale au sens de la loi de financement, il faut consolider les chiffres rectifiés de l'ensemble des régimes obligatoires de base avec ceux des recettes et dépenses des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Si les dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale ne rendent pas obligatoire l'approbation de ces données dans la loi de financement de la sécurité sociale, le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale permet en revanche de disposer d'éléments précis.

Les règles de comptabilisation du régime des exploitants agricoles (qui enregistre un produit à recevoir du FFIPSA) conduisent à ce que le déficit réel du régime agricole n'apparaisse pas dans le solde de l'ensemble des régimes de base. Pour une meilleure évaluation du déficit d'ensemble, il convient donc d'ajouter le solde du FSV (+ 0,9 milliard d'euros) et celui du FFIPSA (- 2,6 milliards

d'euros), soit un total de 9,9 milliards d'euros en 2008, à comparer à 11,1 milliards d'euros en 2007. Ce redressement de 1,2 milliard d'euros résulte du redressement de la situation du FSV et de la branche des accidents du travail, l'amélioration de la branche maladie étant du même ordre que la détérioration de la branche vieillesse.

*

La Commission adopte l'article 3 sans modification.

Article 4

Objectif d'amortissement rectifié de la Caisse d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes rectifiées du Fonds de réserve pour les retraites

Le 3° du B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *rectifie l'objectif assigné aux organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et les prévisions de recettes affectées aux fins de mise en réserve à leur profit* ». Il s'agit de la CADES et du FRR, pour lesquels le présent article porte rectification de l'objectif et des prévisions qui avaient été fixés par l'article 33 de la LFSS 2008.

1. La CADES : 2,8 milliards d'euros de dette amortie

L'objectif 2008 d'amortissement de la CADES avait été fixé à 2,8 milliards d'euros. Le présent article ne modifie pas ce montant, qui est supérieur à celui de l'amortissement réalisé en 2007 (2,6 milliards d'euros).

Moins rapide qu'en 2006 (+ 5,8 %) mais plus dynamique qu'en 2007 (+ 3,7 %), la progression du produit de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) demeurerait soutenue en 2008 (+ 4,5 %), pour atteindre 5,9 milliards d'euros. Intervient ici l'effet ponctuel, sur l'exercice 2008, de l'anticipation des prélèvements sociaux sur les revenus des dividendes. Au total, la CRDS rapporterait 34 millions d'euros de moins que prévu en LFSS 2008. En déduisant de ces recettes 3,1 milliards d'euros de frais financiers nets, ce sont bien 2,8 milliards d'euros qui seraient amortis en 2008.

L'amortissement cumulé s'élèverait ainsi fin 2008 à 37,5 milliards d'euros. L'ensemble des dettes sociales reprises par la CADES depuis sa création en 1996 se montant à la même date à 107,6 milliards d'euros, 70,1 milliards d'euros resteraient donc à amortir.

Au 31 juillet 2008, la décomposition de la dette à moyen et long termes était la suivante : 62,1 % en obligataire, 7,1 % en *euro medium term notes*, 16 % en papiers commerciaux et 14,8 % en crédits. La structure de l'endettement était

de 11 % à taux révisable (au taux moyen de 4,71 %), 69,7 % à taux fixe (au taux moyen de 3,94 %) et 19,3 % à taux indexé (au taux moyen de 4,86 %).

Le rapporteur tient à souligner que l'exposition de la CADES à la crise financière n'est aucunement source d'inquiétudes. D'une part, ses disponibilités éventuelles sont obligatoirement placées en emprunts d'État. D'autre part, elle a procédé en tant que de besoin à l'annulation de ses opérations avec des établissements en difficulté, la renégociation avec d'autres établissements s'étant avérée neutre en termes de coûts.

2. Le FRR : 1,9 milliard d'euros de recettes affectées

L'objectif révisé d'affectation de recettes au FRR, soit 1,9 milliard d'euros, est supérieur de 0,2 milliard d'euros au montant initial fixé en LFSS 2008. Par rapport à 2007, la progression serait de 3,9 %.

En 2008, en l'absence d'excédent de la CNAV, la principale recette du FRR demeure l'affectation d'une fraction de 65 % du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital, dont le produit progresserait de 3,4 %. À ce produit s'ajoutent 19 millions d'euros au titre de la vente des licences UMTS et 5 millions d'euros au titre des deux contributions sur l'épargne salariale.

Outre ces recettes affectées, le fonds est alimenté par des produits financiers nets. Pour 2008, le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale et l'annexe 8 au présent projet de loi évaluent à 119 millions d'euros les produits financiers nets de charges, « *du fait d'une moindre réalisation des actifs liée au contexte difficile sur les marchés financiers* ». Fin 2008, les réserves du FRR atteindraient 31,4 milliards d'euros, contre 29,4 milliards d'euros en 2007, en excluant les moins-values latentes (soit 2 milliards d'euros au 30 juin 2008) ainsi que la part de la soulte versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (IEG) en conséquence de l'adossement au régime général du régime IEG, géré par le FRR pour le compte de la CNAV.

Depuis 2005, le fonds s'est engagé, en tant qu'investisseur institutionnel français, dans la voie de l'investissement social responsable. Fin 2007, la valeur boursière des mandats se rattachant à cette catégorie atteignait 677 millions d'euros, pour une performance annuelle équivalente à celle des mandats traditionnels. En avril 2008, le conseil de surveillance du FRR a approuvé la création d'un comité d'investissement responsable chargé de veiller à la mise en œuvre des orientations définies par le conseil pour prévenir et maîtriser les risques extrafinanciers des portefeuilles du FRR.

Au 30 juin 2008, la structure globale des placements était la suivante : 58,4 % en actions (dont 33,0 % en zone euro et 25,4 % hors zone euro), 39,9 % en obligations (dont 30,7 % en zone euro et 9,2 % hors zone euro) et 1,7 % en actifs de diversification.

L'annexe 8 au présent projet de loi estime que la performance annuelle des placements du fonds en 2008 « devrait s'élever à - 12 % ». Suite à la réunion de son conseil de surveillance le 14 octobre dernier, le FRR a indiqué qu'en raison de la très forte dégradation constatée sur les marchés mondiaux d'actions (- 24 % depuis le début de l'année), sa performance s'établissait, au 30 septembre, à - 14,5 %. La performance annualisée depuis juin 2004, où le fonds a entamé ses investissements, restait positive (+ 3,41 %), légèrement inférieur au coût de la ressource, pour un objectif de l'ordre de 6,4 %. Le montant total des actifs atteignait 30 milliards d'euros.

Le rapporteur souligne que le FRR n'est investi dans aucun produit de titrisation « toxique ». En outre, la stratégie du fonds n'est évidemment pas en cause et ne doit donc pas être modifiée : non seulement une telle attitude serait dangereuse au moment où les cours baissent, mais la pertinence d'un tel outil doit s'apprécier sur le long terme, d'autant que les versements ne doivent intervenir qu'à partir de 2020.

Au demeurant, si les allocations stratégiques avaient privilégié les obligations sur les actions, la performance cumulée depuis 2004 aurait été très voisine de celle constatée aujourd'hui. La révision des allocations stratégiques, soit actuellement 60 % d'actions, devra donc se fera à l'échéance prévue, soit au printemps 2009, sachant que le conseil de surveillance peut jouer d'ici là sur une marge de plus ou moins 8 points pour procéder à des ajustements tactiques.

*

La Commission adopte l'article 4 sans modification.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 5

Rectification des montants des dotations du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

Cet article propose de diminuer de 100 millions d'euros la dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) pour 2008, de 70 millions d'euros celle du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et de 20 millions d'euros celle de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

*

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prél tendant à maintenir la dotation du FMESPP et du FIQCS au même niveau qu'en 2008.

M. Jean-Luc Prél. Il n'est pas raisonnable de geler des crédits destinés à la modernisation des hôpitaux et à l'amélioration de la qualité des soins.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. La réduction de ces crédits s'explique par leur sous-consommation actuelle. Avis défavorable.

M. Yves Bur. C'est l'illustration que l'on peut améliorer la qualité sans dépenser plus.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il faut tout de même reconnaître qu'il y a des dossiers qui traînent alors qu'ils faisaient l'objet d'un accord.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de Mme Martine Billard tendant à maintenir les crédits affectés au FIQCS.

Mme Martine Billard. La sous-consommation des crédits ne fait que révéler un déficit dans les politiques menées.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il n'en reste pas moins que nous devrions disposer d'un bilan de l'utilisation du FIQCS.

La Commission adopte l'article 5 sans modification.

Article 6

Revalorisation exceptionnelle de 0,8 % des pensions des salariés, commerçants, artisans et fonctionnaires au 1^{er} septembre 2008

Cet article valide la revalorisation de 0,8 % du montant des pensions de retraite et les cotisations et salaires portés aux comptes individuels des assurés intervenue au 1^{er} septembre 2008. Par anticipation de la mesure qui interviendra en 2009, il affecte 0,6 point de cette revalorisation à l'ajustement devant être appliqué au titre du rattrapage de l'écart entre l'estimation de la hausse des prix pour 2008 et la hausse réelle constatée.

*

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Marisol Touraine tendant à porter à 1,048 le coefficient de revalorisation des pensions de retraite au 1^{er} septembre 2008.

Mme Marisol Touraine. Le mode de calcul adopté a pour effet de diminuer la revalorisation des retraites, qui doit être effective à compter du 1^{er} janvier 2009.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. La revalorisation exceptionnelle de 0,8 % au 1^{er} septembre 2008 se répartit en 0,2 % destiné à combler l'écart entre l'estimation de l'inflation pour 2007 et la hausse du prix mesurée par l'INSEE et 0,6 % d'avance pour la suite. L'article 54 propose au demeurant que les revalorisations interviennent désormais au 1^{er} avril et non plus au 1^{er} janvier, ce qui permet de passer d'un mécanisme de revalorisation à trois variables à un système reposant sur seulement deux variables. 0,6 % de revalorisation a été accordé par anticipation. Ni les partenaires sociaux ni les associations de retraités n'ont protesté contre le nouveau mécanisme de revalorisation.

M. le président Pierre Méhaignerie. L'amendement, je le rappelle, est irrecevable au titre de l'article 40 mais je souhaitais que la discussion puisse avoir lieu.

M. Patrick Roy. Le pouvoir d'achat des retraités ne cesse de baisser. Au regard de la situation dramatique de ceux qui ont des petites pensions, les explications techniques sont insupportables.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. La dernière étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montre que le pouvoir d'achat des retraités n'a pas baissé en 2006. Pour 2008, le rattrapage interviendra : on prévoit de fixer à 2,7 % la revalorisation qui interviendra au 1^{er} avril 2009, peut-être plus si la commission économique de la Nation estime que c'est insuffisant.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 6 sans modification.

Article 7

Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche

Le 2^o du B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *rectifie les objectifs de dépenses par branche [des régimes obligatoires de base et du régime général]* ». Le présent article porte donc rectification des objectifs de dépenses par branche pour 2008 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du régime général, qui avaient été respectivement fixés par les articles 30 et 31 de la LFSS 2008.

Le I du présent article fixe les prévisions rectifiées pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Le tableau ci-après permet de

mesurer l'évolution des objectifs de dépenses, pour chaque branche, depuis le vote de la LFSS 2007.

Objectifs de dépenses 2008 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses (LFSS 2008)	Objectifs rectifiés (PLFSS 2009)	Évolution	
			(en milliards d'euros)	(en %)
Maladie	179,5	179,4	- 0,1	- 0,1
Vieillesse	179,7	181,2	+ 1,5	+ 0,8
Famille	56,8	56,9	+ 0,1	+ 0,2
AT-MP	11,8	12,2	+ 0,4	+ 3,3
Total (hors transferts)	422,5	424,3	+ 1,8	+ 0,4

Sources : LFSS 2008, PLFSS 2009

Réévalué à la hausse de 3,7 % en 2006 et de 1,1 % en 2007, le montant total des dépenses de l'ensemble des régimes a moins « dérapé » en 2008, avec toutefois un dépassement de 0,4 % de l'objectif, imputable à la branche vieillesse mais aussi, même si les montants en jeu sont moindres, à la branche des accidents du travail (+ 1,7 %). Seule la branche maladie n'a pas dépassé l'objectif qui lui avait été fixé.

Le II du présent article fixe les prévisions rectifiées pour le seul régime général, dont les principales tendances sont comparables à celles qui affectent l'ensemble des régimes. Le tableau ci-après permet de mesurer l'évolution des objectifs de dépenses, pour chaque branche, depuis le vote de la loi de financement de la sécurité sociale 2008.

Objectifs de dépenses 2008 du régime général

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses (LFSS 2008)	Objectifs rectifiés (PLFSS 2009)	Evolution	
			(en milliards d'euros)	(en %)
Maladie	155,2	155,0	- 0,2	+ 0,1
Vieillesse	94,3	95,6	+ 1,3	+ 1,4
Famille	56,4	56,4	-	-
AT-MP	10,5	10,6	+ 0,1	+ 1,0
Total (hors transferts)	311,1	312,3	+ 1,2	+ 0,4

Sources : LFSS 2008, PLFSS 2009

La forte croissance des prestations versées par la branche vieillesse s'est poursuivie, l'objectif de dépenses rectifié pour 2008 étant supérieur de 5,9 % au montant des dépenses constatées en 2007. Si la revalorisation des pensions a été moindre qu'en 2007, les départs anticipés contribuent, comme en 2007, pour 0,4 point d'augmentation des droits propres. Une fois de plus, les hypothèses

relatives aux comportements de départ des assurés ont donc dû être révisées à la hausse.

Forte entre 2004 et 2006, la croissance des prestations familiales s'est ralentie en 2008 (+ 3,5 %) comme en 2007 (+ 2,6 %). L'objectif de dépenses de la branche serait inchangé en 2008.

En 2007, le décalage le plus important entre objectif initial et objectif rectifié provenait de la branche maladie. Il n'en est rien en 2008, malgré la révision à la hausse des charges liée au dépassement de l'ONDAM, puisque ses dépenses seraient inférieures de 0,2 milliard d'euros au niveau fixé en LFSS 2008. Parallèlement, l'objectif rectifié pour 2008 serait en hausse de 4 % par rapport aux dépenses constatées en 2007. Après une hausse de 4,4 % en 2007, la croissance des dépenses d'assurance maladie demeurerait donc à un niveau élevé.

*

*La commission **adopte** l'article 7 sans modification.*

Article 8

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

À partir des dernières évaluations du montant des dépenses de santé constatées en 2007 et pour les cinq premiers mois de l'année 2008, cet article propose de rectifier le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2008, qui atteindrait ainsi 152,8 milliards d'euros, ainsi que sa ventilation.

*

*La commission **adopte** l'article 8 sans modification.*

*Elle **adopte** ensuite la deuxième partie du projet de loi sans modification.*

TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2009

Avant l'article 9

La commission examine un amendement de Mme Marisol Touraine tendant à instaurer une taxe additionnelle sur les plus-values des stock-options, dont le produit serait affecté au Fonds de réserve pour les retraites.

Mme Marisol Touraine. Nous souhaitons renforcer les prélèvements sociaux sur les stock-options pour réalimenter le Fonds de réserve pour les retraites, qui n'est plus abondé de façon satisfaisante.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable. Une telle taxation existe déjà. Je proposerai par ailleurs des amendements pour imposer davantage les stock-options.

La commission rejette l'amendement.

Article 9

Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)

Conformément au 1^o du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *approuve le rapport prévu au I de l'article L.O. 111-4* », lequel dispose que « *le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir* », en cohérence « *avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques* » présentées dans le rapport économique, social et financier joint au projet de loi de finances de l'année.

Alors même que la notion de programmation pluriannuelle des finances publiques vient de connaître une consécration constitutionnelle, le rapporteur insiste sur l'importance que revêt le cadrage quadriannuel que définit le présent article, tant il est indispensable de se projeter dans un avenir à moyen terme pour mieux apprécier les défis auxquels est confronté notre système de protection sociale.

Comme dans les précédentes lois de financement, le rapport requis par les dispositions organiques susmentionnées est présenté en annexe B au projet de loi. En revanche, contrairement aux deux précédentes lois de financement, le rapport annexé au présent article ne retient qu'une seule série d'hypothèses économiques, alors que les LFSS 2007 et 2008 présentaient deux « scénarios », l'un « bas » et l'autre « haut ». Cette différence tient à ce que ce cadrage quadriannuel s'inscrit désormais dans le chemin défini par la loi de programmation et correspond donc désormais davantage à une volonté politique qu'à un simple exercice de prévision.

Pour le reste, le contenu de ce rapport reste inchangé, décrivant les hypothèses sous-tendant les prévisions, puis l'évolution des finances sociales à l'horizon 2012, se concluant sur un ensemble de tableaux regroupant les prévisions de recettes et de dépenses à l'horizon 2012 pour l'ensemble des

régimes obligatoires de base, pour le régime général et pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

1. Les hypothèses

Pour l'année 2009, le rapport économique, social et financier retient une hypothèse de croissance de 1 % à 1,5 %, mais de même que dans le cadre de la loi de finances pour 2009 et de la loi de programmation des finances publiques, c'est, non sans pertinence, la valeur inférieure de la fourchette qui a été choisie. Par ailleurs, la progression des prix à la consommation (hors tabac) se ralentirait à 2 %. S'agissant de la masse salariale du secteur privé, l'augmentation de 3,5 % correspond à celle retenue par le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Pour les années 2010 à 2012, les projections se fondent sur une croissance annuelle du PIB de 2,5 % en volume : le chiffre peut paraître ambitieux, mais entre 1998 et 2007, la croissance du PIB en volume s'est élevée en moyenne à 2,3 %. La masse salariale augmenterait de 4,6 % par an, pour une inflation contenue à 1,75 % et un ONDAM poursuivant sur le rythme fixé pour 2009, soit 3,3 % de progression annuelle, conformément à l'article 7 du projet de loi de programmation des finances publiques un objectif qui paraît plus réaliste que ceux retenus par la LFSS 2008, à savoir 1,5 % et 2 %. Pour l'évolution des dépenses famille et vieillesse, l'annexe B au présent projet de loi ne fournit en revanche aucune précision sur les hypothèses sous-jacentes. Implicitement, la prévision pluriannuelle tient toutefois compte de l'augmentation du taux de cotisation vieillesse de 0,4 point en 2010 et 0,3 point en 2011 ainsi que de la prise en charge intégrale par la CNAF des majorations de pensions pour enfants d'ici 2011.

2. Les projections

En recettes comme en dépenses, les projections sont évidemment construites à droit constant, en l'absence de toute ressource supplémentaire aussi bien que de toute modification des règles applicables aux prestations sociales.

• Le régime général

Comme dans les projections pluriannuelles associées à la LFSS 2008, le seul solde positif du régime général considéré dans son ensemble n'apparaîtrait qu'en 2012, à hauteur de 0,7 milliard d'euros. Seule la branche vieillesse demeurerait alors déficitaire, à hauteur de 2,3 milliards d'euros, mais avec un déficit cumulé 2009-2012 de 12,6 milliards d'euros. Autrement dit, alors que le présent projet de loi finit de régler les déficits générés par l'assurance maladie, que la CADES a repris au fur et à mesure, il annonce d'ores et déjà l'un des enjeux des années à venir : trouver les modalités de financement des déficits de la branche vieillesse, qui ne seront que partiellement compensés par l'amélioration de la situation des autres branches.

En effet, la branche maladie ne retrouverait l'équilibre qu'en 2012, le redressement du régime général étant alors tributaire des excédents de la branche famille (+ 1,7 milliard d'euros) et de la branche accidents du travail (1,1 milliard d'euros). Dès lors, le solde cumulé du régime général pour la période 2009-2012 serait négatif à hauteur de 14,8 milliards d'euros.

- *L'ensemble des régimes obligatoires de base*

Les évolutions sont tout aussi inquiétantes que pour le seul régime général, puisque le retour à l'équilibre ne serait pas possible, en toute hypothèse, d'ici 2012. Avec près de 5 milliards d'euros de déficit en fin de période, l'évolution de la branche vieillesse serait, ici aussi, la plus préoccupante, la branche maladie ne dégageant qu'un excédent de 200 millions d'euros en 2012.

- *Le FSV*

À nouveau déficitaire à compter de 2009, en raison des transferts de ressources opérés par le présent projet de loi, le FSV retrouverait toutefois l'équilibre en 2012, moyennant une hypothèse de 26 000 chômeurs supplémentaires en 2009 et 100 000 chômeurs supplémentaires par an entre 2010 et 2012. Mais trois années de déficit auront contribué à recréer une dette de 2 milliards d'euros, venant s'ajouter aux près de 15 milliards d'euros de besoins de financement du régime général.

- *Le FFIPSA*

Compte tenu de sa dissolution à compter du 1^{er} janvier 2009, l'évolution du FFIPSA n'est ici mentionné et que pour mémoire, au titre des exercices 2007 et 2008.

*

La commission examine un amendement de M. Dominique Tian tendant à supprimer l'article.

M. Dominique Tian. La loi organique du 2 août 2005 prévoit que le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) est assorti de prévisions pluriannuelles en matière de recettes et de dépenses. Pour la première fois, les prévisions sont envisagées selon un scénario unique. Au vu de la crise actuelle, il serait bon de prévoir aussi un scénario « économiquement bas ».

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. La nature de l'annexe B a changé puisque nous travaillons désormais dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques 2009-2012. Cela n'empêchera pas, le moment venu, de tenir compte de l'impact de la crise financière sur l'économie réelle.

Mme Catherine Génisson. L'amendement est réaliste mais la suppression de l'article serait dangereuse : un « tiens » vaut mieux que deux « tu l'auras » !

La commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite l'article 9 sans modification.

Section 1

Reprise de dette

Article 10

Reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

Avant de présenter le dispositif retenu par le Gouvernement pour éteindre les dettes du régime général et du FSV, il convient au préalable de rappeler comment la dette s'est reconstituée et dans quelles conditions la CADES est précédemment intervenue pour procéder à des reprises de dette.

1. La reconstitution de la dette

Depuis l'institution de la Caisse d'amortissement de la dette sociale par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, les soldes des différentes branches du régime général ont connu divers traitements.

Pour ce qui est la branche *maladie*, la CADES a repris les déficits cumulés en 1996, en 1998, en 2004, en 2005 et en 2006. Les déficits 2007 (*cf.* article 1^{er}) et 2008 (*cf.* article 3), pour un total de 8,6 milliards d'euros, n'ont donc pas été financés.

Pour ce qui est de la branche *vieillesse*, les déficits antérieurs à 1997 ont été apurés par les reprises de dette de la CADES en 1996 et en 1998. Elle a ensuite disposé d'excédents, entre 1998 et 2004, qui ont été affectés au FRR. Les déficits cumulés depuis 2005 (14 milliards d'euros) n'ont donc pas été financés.

Pour ce qui est de la branche *famille*, dont la majorité des exercices s'est révélée excédentaire depuis le milieu des années 1990, un report à nouveau positif s'est constitué. En vertu de la séparation financière entre les différentes branches du régime général, ces excédents cumulés figurent au passif du bilan de la CNAF (ligne « Report à nouveau combiné » des capitaux propres). Le montant de ce report à nouveau a évolué comme suit depuis 1996 :

Report à nouveau (après affectation) du solde de la CNAF (1996-2007)

(en millions d'euros)

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
2 173,85	1 871,32	2 598,03	2 399,21	2 426,83	3 979,24	5 680,30	6 662,86	7 072,20	5 545,79	4 244,16	3 510,65

Dès lors, la tentation serait évidemment d'envisager d'en faire bénéficier les autres branches. Au-delà même du respect du principe d'autonomie des branches, le rapporteur souligne que le transfert de ce montant au bilan d'une autre branche n'apporterait rien : compte tenu de ce que l'ACOSS centralise la gestion de la trésorerie du régime général, ces sommes lui permettent déjà d'alléger ses besoins d'emprunts.

De son côté, le *FSV*, qui disposait de plus de 1,3 milliard d'euros de réserves fin 2000, a enregistré six exercices déficitaires consécutifs, avant de se redresser légèrement en 2007 et 2008. Fin 2008, le déficit cumulé dépasserait 3,9 milliards d'euros, entraînant des charges financières pour les régimes de retraite. En effet, n'étant pas autorisé à emprunter et ne supportant pas, de ce fait, de frais financiers, le *FSV* n'a pu faire face à ses obligations financières à compter de 2003. Selon les conventions avec les régimes qui organisent les versements du fonds, des avenants annuels fixent, en début d'année, des acomptes périodiques calculés à partir des montants annuels des dépenses prises en charge, en distinguant les dépenses de prestations des dépenses de cotisations. En principe, le traitement des soldes de régularisation intervient l'année suivante au vu des dépenses constatées.

Depuis 2003, le *FSV* n'est cependant pas à même de respecter ces modalités et doit donc réguler chaque année ses versements. Ils sont ainsi limités au niveau des ressources réelles disponibles, en minorant le montant annuel des acomptes versés aux régimes, notamment des montants restant dus au titre des années antérieures, ce qui majore d'autant le solde annuel dû, dont le règlement est retardé. De plus, le choix a été de faire porter la régulation des versements exclusivement sur ceux faits au titre des cotisations de chômage, au motif qu'ils correspondent pour les régimes à des dépenses théoriques et différées, alors que ceux relatifs aux prestations constituent la prise en charge de dépenses réelles et constatées. Dès lors, ce sont les comptes de la *CNAV* et de la *CCMSA* qui ont été affectés. Pour le seul régime général, les frais financiers étaient évalués à 270 millions d'euros en 2007.

Début 2008, le *FSV* a procédé à un écrêtement des acomptes 2008 dus à ces deux organismes à hauteur de près de 2,1 milliards d'euros. Il envisageait également de reporter à 2009 le solde de régularisation restant dû pour 2007, soit plus de 3 milliards d'euros, et de reporter à 2010 celui qui resterait dû pour 2008.

Déficits du régime général et du FSV non encore repris par la CADES

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Cumul
CNAM	–	–	–	–	–	–	– 4 629,2	– 4 008,8	– 8 638,0
CNAV	–	–	–	–	– 1 876,3	– 1 854,8	– 4 572,0	– 5 717,0	– 14 020,1
FSV	– 85,7 (*)	– 1 353,4	– 933,7	– 639,0	– 2 004,7	– 1 259,4	+ 150,8	+ 899,8	– 3 909,3
Total	– 85,7	– 1 353,4	– 933,7	– 639,0	– 3 881,0	– 3 114,2	– 9 050,4	– 8 826,0	– 26 567,4

(*) En début d'exercice, les réserves du fonds s'élevaient à 1 316 millions d'euros.

Source : *Rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale (2003-2008)*

À l'automne 2007, par la voix du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, le Gouvernement avait annoncé qu'une solution à l'accumulation des déficits du régime général et à la dette du FSV serait trouvée à l'occasion du PLFSS 2009. Le rapporteur relève avec satisfaction que cet engagement a été respecté et que l'intégralité des montants en cause, estimés à ce jour à près de 26,6 milliards d'euros, sont repris par la CADES. Il observe toutefois que seront ainsi financés jusqu'en 2020 environ aussi bien des dépenses de maladie effectuées en 2007 que les pensions de retraite versées en 2005, ce qui n'est moralement guère satisfaisant et en dit long sur l'importance de l'effort qu'exige le redressement de nos finances sociales.

2. Les précédentes opérations effectuées par la CADES

Depuis 1996, en plusieurs étapes, la CADES a repris 107,6 milliards d'euros de dettes :

– à l'origine, sa mission consiste à procéder à des versements annuels à l'État correspondant à l'emprunt de 16,8 milliards d'euros représentant, pour partie, la reprise des dettes cumulées du régime général de sécurité sociale jusqu'en 1993 ;

– cette mission a été ensuite élargie à la reprise des déficits cumulés du régime général et du régime des indépendants au 31 décembre 1995, puis à la reprise du déficit de l'exercice 1997 et du déficit prévisionnel 1998 du régime général ;

– les LFSS 2003 et 2004 ont chargé la CADES de l'apurement, en deux temps, de la créance enregistrée en 2000 par les organismes de sécurité sociale au titre des exonérations entrant dans le champ du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales (FOREC) ;

– la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a chargé la CADES de la reprise du déficit cumulé de la branche maladie à fin 2004, dans la limite de 35 milliards d'euros, ainsi que des déficits de cette même branche pour les exercices 2005 et 2006, dans une limite globale de 15 milliards d'euros.

Reprises de dettes par la CADES

(en milliards d'euros)

	1996	1998	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Régime général	20,89	13,26	–	35	6,61	5,7	– 0,06	81,4
État	20,38	–	–	–	–	–	–	23,38
CANAM	0,46	–	–	–	–	–	–	0,46
Champ FOREC	–	–	1,283	1,097	–	–	–	2,38
Total	44,73	13,26	1,283	36,097	6,61	5,7	– 0,06	107,61

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2008)

Au fur et à mesure de l'alourdissement de la charge pesant sur la CADES, son unique recette, les contributions pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), a été maintenue au taux de 0,5 %. L'élargissement des missions de la caisse a pu se faire en allongeant sa durée de vie – initialement fixée à 2009, elle se situe désormais aux alentours de 2020 – mais aussi d'une extension de l'assiette des CRDS de 95 % à 97 % des revenus salariaux. En outre, le législateur organique de 2005 a adopté une disposition capitale (article 4 bis de l'ordonnance de 1996) : « *Tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.* »

3. Une nouvelle reprise de dette par la CADES

Les 1^o et 2^o du I du présent article complètent l'article 4 de l'ordonnance de 1996 afin de prévoir que la couverture des déficits cumulés au 31 décembre 2008 par les branches maladie et vieillesse du régime général et par le FSV, compte tenu des reprises de dette antérieures et du transfert par la CNAM de ses excédents au FRR, est assurée par des transferts de la CADES à l'ACOSS dans la limite de 27 milliards d'euros.

Le déficit cumulé sera égal à la somme des résultats des périodes concernées (cf. *supra* 1^o). Les résultats pris en compte seront :

– pour la CNAM, ceux des exercices postérieurs à la dernière reprise de dette relative à cette caisse, soit ceux des exercices 2007 et 2008 ;

– pour la CNAV, ceux des exercices postérieurs à la dernière reprise de dette ainsi qu'aux derniers transferts d'excédents en application de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale, soit ceux des exercices 2005 à 2008 ;

– pour le FSV l'ensemble des résultats depuis sa création, soit ceux des exercices 1994 à 2008.

Le montant de 27 milliards d'euros retenu par le présent article est supérieur de plus de 400 millions d'euros au total des dettes prévu à fin 2008, mais il permettra ainsi de couvrir d'éventuels décalages par rapport à cette prévision, compte tenu notamment du ralentissement de la croissance au second semestre. En tout état de cause, si, en

exécution, le montant total des déficits cumulés devait finalement dépasser 27 milliards d'euros, le présent article prévoit que priorité serait donnée à la reprise des déficits les plus anciens – par conséquent ceux du FSV – puis, pour le dernier exercice, l'ordre suivant serait respecté : branche maladie, branche vieillesse et FSV.

Le montant du résultat de chaque exercice est déterminé par chacune des deux caisses nationales (CNAM et CNAV) ainsi que par le FSV à la clôture de leurs comptes respectifs. Les déficits comptables de ces trois entités sont appréciés en droits constatés, l'article L. 114-5 du code de la sécurité sociale dispose que « *les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement appliquent un plan comptable unique fondé sur le principe de la constatation des droits et obligations* ». Dès lors, « *les opérations sont prises en compte au titre de l'exercice auquel elles se rattachent, indépendamment de leur date de paiement ou d'encaissement* ».

Le dispositif se contente d'indiquer que ce versement sera effectué au cours de l'année 2009, renvoyant à un décret pour les montants et les dates des versements ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs. En effet, comme lors de la dernière opération de reprise, le montant de la future opération sera dans un premier temps égal au maximum autorisé par le texte, mais une régularisation sera ensuite effectuée, lorsque les montants définitifs des déficits 2008 des trois organismes concernés seront connus suite à la clôture des comptes.

En revanche, il est explicitement prévu que sont considérées comme définitives les opérations de produits et de charges enregistrées de manière réciproque entre les branches du régime général et entre ces mêmes branches et le FSV au titre de l'exercice 2008 et des exercices précédents, sauf si une disposition législative dispose qu'il s'agit d'acomptes. Il s'agit ici de figer la situation résultant de l'apurement de la situation des deux caisses et du fonds. En effet, il n'apparaît pas opportun de permettre, postérieurement à cette opération, l'enregistrement dans les comptes des caisses du régime général ainsi que du FSV de corrections d'erreurs anciennes dont l'incidence serait globalement neutre, alors que ces opérations auront été *de facto* comprises dans l'opération de reprise. Cette clause pose d'autant moins de difficultés que la Cour des comptes a déjà examiné, dans le cadre de son travail de certification, les comptes passés et obtenu l'inscription de nombreuses corrections d'erreurs. De la même façon, les remarques de la Cour concernant l'exercice 2008 pourront être prises en compte dans la régularisation qui interviendra une fois les comptes clos.

Selon les informations communiquées au rapporteur, le calendrier prévisionnel de la reprise de déficit serait le suivant :

- versement par la CADES de 10 milliards d'euros le 15 janvier 2009 ;
- versement par la CADES de 10 milliards d'euros le 6 février 2009 ;

– versement du solde par la CADES, soit un maximum de 7 milliards d’euros, le 6 mars 2009.

De ce fait, l’article 30 du présent projet de loi peut significativement diminuer, à compter du 1^{er} avril 2009, la limite en-dessous de laquelle le régime général est habilité à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir ses besoins de trésorerie : celle-ci passera alors en effet de 35 milliards d’euros à 17 milliards d’euros.

Qui paie – même ultérieurement – ses dettes s’enrichit. Pour le seul régime général, les frais financiers nets s’élèveraient en effet en 2008 à 1 019,5 millions d’euros, dont 730,7 millions d’euros pour la branche maladie et 396,3 millions d’euros pour la branche vieillesse. En 2009, sans reprise de dette, les frais financiers de la CNAV auraient été majorés de 750 millions d’euros et ceux de la CNAM de 400 millions d’euros. En intégrant la reprise de dette, les frais financiers s’élèveraient à 160 millions d’euros pour la CNAM et à 330 millions d’euros pour la CNAV. L’économie qu’entraîne la reprise de dette peut donc être évaluée à 1 150 millions d’euros.

Frais financiers nets de la CNAV et de la CNAM (2008-2009)

(en millions d’euros)

	2008	2009 (sans reprise)	2009 (avec reprise)	Économie réalisée (2009)
CNAV	730,7	1 080	330	750
CNAM	396,3	560	160	400
Total	1 127	1 640	490	1 150

Pour le FSV, la reprise de ses déficits cumulés devrait lui permettre d’effacer presque entièrement sa dette à l’égard de la CNAV et de la CCMSA, pour les montants dus au titre des exercices 2007 et 2008, à une échéance directement corrélée à celle des versements de la CADES à l’ACOSS.

Le rapporteur relève toutefois que dès 2009, les comptes des deux branches concernées et du FSV présenteront, selon les données fournies par l’annexe 9B, un déficit global de près de 9,2 milliards d’euros. Et si l’on en croit le rapport figurant en annexe B et dont l’article 9 du présent projet de loi propose l’approbation, le déficit cumulé de ces trois entités pour la période 2009-2012 dépasserait 21 milliards d’euros, soit un montant assez proche de celui repris fin 2008.

4. Le financement de la nouvelle reprise de dette

Le 3^o du I et le II définissent les ressources qui, compte tenu de la contrainte posée par l’article 4 *bis* de l’ordonnance de 1996 susmentionné, doivent permettre à la CADES de respecter le principe de non-accroissement de la durée d’amortissement de la dette sociale.

Ainsi que le précise l'annexe 8 au présent projet de loi, les simulations réalisées par la CADES montrent que pour 10 milliards d'euros de reprise de dette, il est nécessaire de majorer la CRDS de 0,07 point. Par conséquent, le financement de la reprise du maximum de 27 milliards d'euros précédemment évoqué nécessite de majorer le taux de la CRDS de 0,189 point : 1 point de CRDS rapportant 12 138 millions d'euros, la recette correspondante s'élève donc à 2 294 millions d'euros.

Cependant, plutôt qu'une majoration du taux de la seule ressource dont bénéficie la CADES depuis sa création, le dispositif proposé par le présent article préfère lui affecter 0,2 point de CSG, diminuant à due concurrence la CSG bénéficiant au FSV.

On rappellera que les produits du FSV comprennent :

– une fraction du produit de la CSG, à savoir 1,03 % sur les revenus d'activité et 1,05 % sur les autres assiettes ;

– une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du produit de la C3S ;

– 20 % du produit du prélèvement social de 2 % ;

– 60 % des majorations de pensions pour enfants à charge versés par la CNAF ;

– le produit de la contribution sur les régimes de retraite à prestations définies.

En 2008 et en 2009, compte tenu des mesures du présent projet de loi, les produits du FSV se répartiraient comme suit :

Produits du FSV (2008-2009)

(en millions d'euros)

	2008	2009
CSG	11 547	9 527
Prélèvement social de 2 %	567	130
C3S	800	1 500
Versements de la CNAF	2 389	2 907
Autres recettes techniques	26	26
Produits financiers	5	5
Produits exceptionnels et reprises sur provisions	20	19
Total	15 353	14 114

Source : FSV

En 2008, la CSG constitue la principale ressource du fonds (75,2 %). La diminution de 0,2 point du taux affecté au FSV lui fait perdre près de 15 % de ses produits.

0,189 point de CRDS d'un côté, 0,2 point de CSG de l'autre : compte tenu de ce que l'assiette de la CRDS est plus large que celle de la CSG, le rendement de ces deux majorations se révèle quasiment identique. De fait, 0,2 point de CSG rapporte 2 289 millions d'euros, soit 137,5 millions d'euros de moins que ne rapporterait 0,2 point de CRDS.

Les différences d'assiette entre CSG et CRDS

À la différence de la CSG, la CRDS est perçue sur :

– l'aide personnalisée au logement, l'allocation de logement social et les prestations familiales (à l'exception de l'allocation parent isolé et de l'allocation d'éducation spéciale, qui ne sont soumises ni à CSG ni à CRDS) ;

– certains revenus d'activité d'origine étrangère perçus par des personnes fiscalement domiciliées en France mais ne relevant pas de la sécurité sociale française ;

– 58 % des sommes mises sur les jeux (la CSG n'étant perçue que sur une fraction des gains) ;

– les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité ;

– les revenus de remplacement des personnes non imposables à l'impôt sur les revenus mais assujetties à la taxe d'habitation.

Un point de CRDS rapporte donc près de 688 millions d'euros de plus qu'un point de CSG non déductible (chiffres 2007). Les assiettes de ces deux contributions peuvent toutefois être considérées comme équivalentes quant à leur dynamisme à long terme.

Cela étant, alors même que l'un des apports du présent projet de loi consiste à clarifier les mécanismes de financement de la sécurité sociale, l'affectation d'une fraction de CSG à la CADES vient remettre en cause la simplicité et la lisibilité du financement de la dette qui prévaut maintenant depuis près de douze ans : la CADES n'a qu'une ressource, et cette ressource est la CRDS.

Le rapporteur souhaite donc que la CRDS soit majorée de 0,19 point – la différence de 0,01 point par rapport au montant strictement nécessaire étant de nature à contribuer à l'accélération de l'amortissement – tout en maintenant la baisse de 0,2 point de la fraction de CSG affectée au FSV, afin de respecter l'opportune neutralité, en termes de prélèvements obligatoires, du dispositif proposé par le Gouvernement.

*

La commission est saisie d'un amendement de M. Yves Bur, rapporteur, et de deux amendements de M. Jean-Luc Prével, tendant à ce que la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) reste la seule source de financement de la CADES.

M. Yves Bur, rapporteur. Il faut conserver une lisibilité dans les financements. Jusqu'à présent, la seule recette affectée au remboursement de la dette sociale était la CRDS. Le mécanisme consistant à transférer une part de contribution sociale généralisée (CSG) à la CADES me paraît dangereux. Je propose donc de supprimer ce transfert et de porter le taux de la CRDS à 0,69 % afin d'assurer la neutralité « à l'euro près » de la disposition.

M. Jean-Luc Prével. Je suis heureux que le Gouvernement transfère les déficits à la CADES, comme je le réclame depuis deux ans. Par ailleurs, le financement de la CADES par la CRDS est limpide. Le transfert d'une partie de la CSG serait incompréhensible.

Mon deuxième amendement vise à éviter un déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en ne diminuant la part de CSG que de 0,1 %.

M. Jean-Luc Prével retire son premier amendement et accepte de cosigner celui du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La commission adopte l'amendement.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable en ce qui concerne le second amendement de M. Prével. Le Gouvernement souhaite une clarification mais ne veut pas augmenter les prélèvements obligatoires.

M. Jean-Luc Prével. Le projet de loi comporte pourtant plusieurs augmentations bien supérieures.

M. le président Pierre Méhaignerie. Dans la situation actuelle, le choix du Gouvernement me paraît raisonnable.

La commission rejette le second amendement de M. Jean-Luc Prél.

Puis elle adopte l'article 10 ainsi modifié.

Après l'article 10

La commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à diminuer de 10 % la réduction de cotisations sociales pour les entreprises qui ne sont pas couvertes par un accord salarial de moins de deux ans.

Mme Catherine Génisson. Les exonérations doivent être assorties de négociations salariales pour avoir un effet dynamique sur l'emploi.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. La mission que j'ai menée avec M. Gérard Bapt sur le sujet a rejeté cette approche qui risque d'engendrer des pressions susceptibles de fausser le contenu des négociations.

Mme Catherine Génisson. Il ne me semble pas abusif d'encourager les négociations salariales dans une période où la question du pouvoir d'achat est particulièrement brûlante.

M. Patrick Roy. L'argument de la pression sur les négociations est d'une totale hypocrisie. Il ne sert qu'à masquer l'absence de perspective sociale.

La commission rejette l'amendement.

Section 2

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

Avant l'article 11

La commission examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à moduler le taux de la cotisation de chaque entreprise selon la variation de sa masse salariale dans la valeur ajoutée.

M. Yves Bur, rapporteur. Il s'agit d'un amendement récurrent. Je salue votre constance, madame Fraysse, mais l'heure n'est pas à une transformation du financement de la protection sociale qui entraînerait certainement la délocalisation des entreprises à haute valeur ajoutée.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il y aura bien une discussion, si l'on veut plafonner la taxe professionnelle sur les industries, pour trouver des sources

de financement pour d'autres types d'entreprises. C'est dans cette direction qu'il faut conduire notre réflexion.

La commission rejette l'amendement.

Article 11

Modification de l'affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement

Le présent article vise à modifier la clef de répartition des prélèvements sociaux de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement.

Institués par la LFSS 1998 (articles L. 245-14 à L. 245-16 du code de la sécurité sociale), ces prélèvements sont respectivement assis sur :

– les revenus du patrimoine tels que définis à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale pour leur assujettissement à la CSG ;

– les revenus des produits de placement tels que définis à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale pour leur assujettissement à la CSG.

Les prélèvements sur les revenus du patrimoine et les produits de placement

Les prélèvements sociaux sur les revenus du capital sont de deux types.

Les prélèvements sociaux dits sur « revenus du patrimoine » sont ceux calculés à partir des éléments de la déclaration de revenus et sont acquittés de manière similaire à l'impôt sur le revenu. L'essentiel du recouvrement de la recette patrimoine repose sur deux rôles généraux : un rôle principal (rôle 33) et un rôle complémentaire (rôle 48). Le rôle 33, homologué par les services fiscaux à l'automne de l'année n, donne lieu à versement aux régimes sociaux la même année. Le rôle 48 est aussi homologué l'année n mais il donne lieu à versement aux régimes l'année n+1 et à une comptabilisation sur l'exercice n. L'assiette est composée des :

- revenus fonciers et revenus de locations meublées non professionnelles ;*
- plus-values financières ;*
- rentes viagères constituées à titre onéreux (« viagers », rentes aux victimes d'un accident, ...) ;*
- autres revenus qui n'ont pas donné lieu préalablement à la CSG.*

Les prélèvements sociaux dits sur « revenus de placement » sont ceux versés directement par les établissements payeurs ou les notaires. L'assiette en est ainsi composée :

- produits de placement entrant dans le champ du prélèvement libératoire (intérêts des comptes sur livrets, comptes courants, revenus obligataires ...) ;*
- plus-values immobilières ;*
- dividendes (depuis le 1^{er} janvier 2008) ;*
- intérêts et primes d'épargne des comptes et plans d'épargne logement ;*
- produits d'assurance-vie ;*

– produits des plans d'épargne populaire et des plans d'épargne en actions ;
– gains sur les droits reçus au titre de la participation, produits des plans d'épargne entreprise et des plans d'épargne pour la retraite collectifs ;
– autres revenus (placements en valeurs mobilières effectuées en vue d'un engagement d'épargne à long terme, « capital risque »).

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2008)

Inchangé depuis 1998, le taux de ces prélèvements est fixé à 2 %. Leur produit s'est élevé à 2 631 millions d'euros en 2007 et, selon le tome I du fascicule « Voies et moyens » annexé au projet de loi de finances pour 2009, devrait atteindre 2 917 millions d'euros en 2008 puis 2 676 millions d'euros en 2009.

Comme l'indique le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier, « *la chute des cours boursiers observée depuis le second semestre 2007 n'affecte que partiellement le rendement des prélèvements sur les revenus du capital. En effet, les revenus sur les produits de placement proviennent principalement de produits obligataires dépendant des taux longs, et ne sont donc que peu touchés par la conjoncture boursière. En revanche, les plus-values à taux proportionnel sont plus sensibles à l'évolution des cours de la bourse, mais elles ne représentent qu'environ 30 % de l'assiette des revenus du patrimoine. [...] Le partage entre l'assiette des revenus de placement (prélevée à la source) et celle des revenus du patrimoine (prélevée par voie de rôle) se modifie au fil du temps au profit de la première catégorie : la part des revenus du patrimoine, qui constituait plus de 60 % de la recette totale en 2001, a diminué régulièrement jusqu'en 2008, et devrait continuer à baisser en 2009 (43 %).* »

Après une progression ralentie en 2008, le rendement de ces prélèvements sociaux devrait reculer en 2009 : non seulement l'assiette des prélèvements stagnerait à législation constante, mais se ferait ressentir le contrecoup des mesures nouvelles entrées en vigueur en 2008 (basculement des dividendes du prélèvement sur rôle au prélèvement à la source et déblocage anticipé de participation). L'assiette « patrimoine » reculerait, en raison d'une moindre progression des revenus fonciers et d'une baisse des plus-values à taux proportionnel, en lien avec l'évolution de la conjoncture boursière. En revanche, l'assiette « placement », composée pour plus de la moitié de contrats d'assurance-vie en euros, s'accroîtrait de 3 %.

Le produit du prélèvement de 2 % est réparti comme suit entre organismes et fonds contribuant à financer l'assurance vieillesse :

- 65 % pour le FRR ;
- 20 % pour le FSV ;
- 15 % pour la CNAV.

La modification de la clef de répartition de ces prélèvements sociaux proposée par le présent article s'articule avec l'article 70 du présent projet de loi, qui prévoit, d'ici 2011, le financement par la CNAF de l'intégralité du coût des majorations pour enfants pour les parents de trois enfants et plus.

Les majorations pour enfants

Les régimes de retraite, de base et complémentaires, versent une bonification à leurs bénéficiaires ayant eu au moins trois enfants (deux dans le régime de la marine) et les ayant élevés pendant au moins neuf ans avant leur seizième anniversaire (vingtième anniversaire dans la fonction publique et à la SNCF, la Comédie française et l'Opéra de Paris). Au régime général, il n'est pas nécessaire d'avoir élevé les enfants concernés ; il suffit d'avoir eu au moins trois enfants pour bénéficier de la majoration.

La bonification versée est généralement une majoration de 10 % du montant de la pension (5 % à l'ARRCO, et 10 % appliqués à 80 % de la pension à l'AGIRC). Les régimes de la fonction publique et la plupart des régimes spéciaux, ainsi que l'AGIRC et l'IRCANTEC versent en outre un supplément de 5 % pour chaque enfant après le troisième (appliqué à 80 % de la pension à l'AGIRC) ; cette bonification est toutefois plafonnée (selon des règles spécifiques à chacun des régimes concernés).

Les bonifications pour enfants s'appliquent aux droits propres, mais aussi aux droits dérivés. Elles sont accordées aux deux parents.

Les bonifications de pensions pour enfant, versées par l'ensemble des caisses de retraite, représentent un peu plus de 6,3 milliards d'euros en 2007 au titre des droits directs et 1,1 milliard d'euros au titre des droits dérivés.

42 % des retraités âgés de plus de 54 ans, soit environ 5,4 millions de retraités perçoivent une bonification au titre des droits directs en 2004 ; 48 % pour les droits dérivés, soit 1,6 million de retraités. La bonification mensuelle moyenne perçue en 2004 est de 89 euros au titre des droits directs.

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2008)

Les dépenses liées aux majorations pour enfants étaient de 2,6 milliards d'euros sur le champ CNAV en 2004 (2,25 milliards d'euros au titre des droits propres et 340 millions d'euros au titre des droits dérivés). Ces charges ont progressé de 3,7 % en euros constants entre 2004 et 2007 (+ 4,1 % pour les droits propres et + 0,6 % pour les droits dérivés), pour atteindre 3 milliards d'euros (2,65 milliards d'euros au titre des droits propres et 360 millions d'euros au titre des droits dérivés). Cette progression s'explique principalement par la croissance des effectifs de bénéficiaires (+2,6 % par an en moyenne sur la période), et, dans une moindre mesure par une augmentation des montants moyens servis (+ 1 point).

Le financement du dispositif est partagé entre la solidarité nationale et la branche famille. En effet, les dépenses liées à la bonification de la pension pour enfants font partie des avantages relevant de la solidarité nationale dont le financement a été transféré au FSV en 1994. La LFSS 2001 a complété le financement du FSV par une prise en charge partielle de la majoration de pension

par la CNAF. Depuis le 1^{er} janvier 2003, la CNAF prend en charge 60 % des dépenses de majorations de pension.

Autrement dit, la CNAF verse actuellement 60 % du montant des majorations pour enfants au FSV, lequel en finance ensuite l'intégralité par un versement à la CNAV.

L'article 70 du présent projet de loi ne fait ainsi que mener à son terme une évolution entamée par la LFSS 2001, ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

Transfert de la CNAF au FSV au titre des majorations de pensions pour enfants à charge

Avant 2001	2001	2002	2003	2009	2010	2011
0 %	15 %	30 %	60 %	70 %	85 %	100 %

En 2009, le passage de 60 % à 70 % créera donc une charge supplémentaire de 415 millions d'euros pour la CNAF. Le FSV, de son côté, pourra diminuer à due concurrence ses versements à la CNAV. Mais il n'en tirera en réalité aucun bénéfice, car le présent article vise à faire profiter la CNAV, au lieu du FSV, de l'évolution du financement des majorations de pensions. Dès lors, le présent article peut s'analyser comme un transfert de la CNAF à la CNAV.

À cette fin, la clef de répartition des prélèvements sociaux de 2 % est modifiée : la fraction attribuée au FSV recule de 20 % à 5 % tandis que celle affectée à la CNAV passe de 15 % à 30 %, celle bénéficiant au FRR (65 %) demeurant inchangée. Pour le FSV, les produits au titre de ces prélèvements ne seraient plus que de 134 millions d'euros en 2009, au lieu de 583 millions d'euros en 2008 et de 538 millions d'euros en tendanciel 2009. *A contrario*, en 2009 la CNAV recevrait 807 millions d'euros de produits, au lieu de 438 millions d'euros en 2008 et de 403 millions d'euros en tendanciel 2009.

Les modalités des transferts comparables qu'autoriseront les deux étapes suivantes (2010 et 2011) du passage à une prise en charge intégrale par la CNAF des majorations de pensions, qui devrait à terme alléger le FSV d'un montant de 1,8 milliard d'euros, seront prévues dans les prochaines lois de financement, mais n'ont pas encore fait l'objet de décisions de la part du Gouvernement.

Pour le rapporteur, lorsque cette évolution aura été menée à son terme, il conviendra de réfléchir à une nouvelle clarification des responsabilités et de faire en sorte que des ressources puissent être directement affectées à la prise en charge des majorations de pensions.

*

La commission est saisie de deux amendements de Mme Martine Billard et de M. Jean-Luc Prével visant à supprimer l'article.

Mme Martine Billard. Il ne nous paraît pas opportun de modifier la clé de répartition, entre CNAV et FSV, du prélèvement de 2% sur les revenus du patrimoine.

M. Jean-Luc Prél. Lorsque la majorité socialiste avait voulu transférer la majoration pour enfants de la branche vieillesse à la branche famille, MM. Accoyer et Goulard s’y étaient vigoureusement opposés. Ne retombons pas dans cette erreur !

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Après mûre réflexion, nous estimons qu’il faut parachever la démarche entamée il y a plusieurs années.

La commission rejette les deux amendements, puis adopte l’article 11 sans modification.

Article 12

Mesures relatives au financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie

Le présent article vise à rationaliser et à clarifier le financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU-C).

1. Les modalités actuelles de financement

Le financement de la CMU-C est assuré par le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, dit « Fonds CMU », établissement public national à caractère administratif institué en même temps que la création, en 1999, de la couverture maladie universelle.

Les dépenses de gestion technique du Fonds CMU sont exclusivement liées au nombre de bénéficiaires de la CMU-C. Chaque bénéficiaire ouvre droit pour son gestionnaire (caisse d’assurance maladie ou organisme complémentaire) à un forfait trimestriel de 85 euros. Les dépenses du fond comprennent (article L. 862-2 du code de la sécurité sociale) :

– les versements aux régimes obligatoires (1 442 millions d’euros en 2007). Pour les trois principaux régimes de base (CNAM, RSI, MSA), des avenants aux conventions annuelles déterminent les acomptes (trésorerie) versés mensuellement. Pour les autres régimes (représentant 0,2 % du total des versements), il n’y a qu’un acompte annuel, fixé sur la base des dépenses constatées lors de l’exercice précédent. Le montant définitif des sommes dues par le fonds est déterminé en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque régime le dernier jour des mois de février, mai, août et novembre. Une régularisation annuelle est alors effectuée ;

– les paiements aux organismes complémentaires (88 millions d’euros en 2007). En effet, lorsque les déductions (CMU-C et ACS) sont supérieures à la contribution des organismes complémentaires au financement de la CMU-C, la différence fait l’objet d’un paiement par le Fonds CMU.

Pour couvrir ces dépenses, le Fonds CMU dispose actuellement d’un ensemble de recettes de nature différente : une dotation budgétaire de l’État, des taxes affectées, une dotation de l’assurance maladie destinée à financer l’aide pour l’acquisition d’une complémentaire santé (ACS) et le produit de la contribution versée par les organismes complémentaires (article L. 862-3 du code de la sécurité sociale).

La couverture maladie universelle et l’aide complémentaire santé

• La CMU de base

La couverture maladie universelle de base, accordée pour un an, permet l’accès à l’ensemble des prestations en nature de l’assurance maladie. Ses bénéficiaires (1 700 000 en 2007) doivent résider en France de manière stable et régulière et ne pas disposer d’un autre droit à l’assurance maladie.

Avec la seule CMU de base (sans assurance complémentaire), le bénéficiaire est redevable du ticket modérateur et du forfait hospitalier, c’est-à-dire de la part non prise en charge par l’assurance maladie. Au-dessus d’un plafond (8 644 euros par an à compter du 1^{er} octobre 2007), une cotisation de 8 % est due.

• La CMU complémentaire

La couverture maladie universelle complémentaire est également accordée pour un an. Elle permet d’avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite gérée soit par le régime de sécurité sociale de base, soit par un organisme complémentaire au choix du bénéficiaire. Pour bénéficiaire de la CMU-C, les ressources annuelles des demandeurs doivent être inférieures à un plafond qui varie selon la composition du foyer [7 447 euros pour une personne seule en métropole à compter de juillet 2008].

Ce dispositif prend en charge le ticket modérateur pour les soins de ville et hospitaliers, et le forfait hospitalier. Au delà des tarifs de l’assurance maladie, des forfaits de dépassements pour les prothèses dentaires et les appareillages sont également pris en charge. C’est donc la possibilité (pour 4 885 000 personnes en 2007) d’accéder à l’ensemble du système de soins sans dépense à charge et sans avance de frais (le tiers payant est de droit pour le bénéficiaire ; le professionnel de santé est payé par l’assurance maladie et il doit respecter les tarifs de convention – dépassements interdits).

• L’aide complémentaire santé

L’aide complémentaire santé (ACS), initialement dénommée crédit d’impôt, consiste en une aide financière pour l’acquisition d’un contrat d’assurance maladie complémentaire de santé individuel.

Cette aide s’adresse aux personnes (au nombre de 400 000 en 2007) dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20 %. Le montant de l’ACS est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l’âge des personnes composant le foyer couvert par le contrat.

La demande d’ACS, comme pour la CMU de base et la CMU complémentaire, se fait auprès de la caisse d’assurance maladie du demandeur. En cas d’accord, celle-ci remet une attestation de droit à l’ACS qui donne droit à une réduction sur le contrat santé individuel nouvellement choisi ou déjà souscrit. Cette réduction s’impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

Source : Rapport d’activité 2007 du Fonds CMU

La part de la *dotation de l'État* finançant le Fonds CMU, inscrite au programme 183 (« protection maladie ») de la loi de finances, décroît (109 millions d'euros en 2007 et 47 millions d'euros en 2008). Autrefois majoritaire dans son financement, la dotation budgétaire proprement dite est en effet remplacée peu à peu par des taxes ou contributions affectées. Elle est destinée à « *équilibrer le fonds* », sachant toutefois que l'équilibre doit s'apprécier au-delà d'un seul exercice, compte tenu de ce que la dotation ne peut être ajustée qu'en loi de finances.

Le fonds bénéficie par ailleurs de deux *taxes affectées* :

– depuis la loi de finances pour 2005, le produit de la cotisation de 0,13 euro par décilitre vendu de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 25 % en volume (480 millions d'euros) ;

– depuis la loi de finances pour 2006, 1,88 % du produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, fraction dont le taux a été porté à 4,34 % par la loi de finances pour 2007 (411 millions d'euros).

Une *dotation globale de l'assurance maladie* vient en outre en recettes du fonds, afin de financer l'ACS. Son montant ne peut excéder, au titre d'un exercice, le montant total des déductions relatives à l'ACS opérées par les organismes complémentaires. Si tel n'est pas le cas, la différence entre le montant de la dotation versée et les déductions opérées donne lieu à une régularisation qui intervient l'année suivante. À l'inverse, si la dotation a été sous-évaluée une année donnée, elle ne sera pas régularisée l'année suivante. Fixé par un arrêté en date du 24 juin 2008 à 87,3 millions d'euros, le montant de la dotation pour 2008 témoigne du fonctionnement de ce mécanisme, car il intègre une régularisation de 2,7 millions d'euros.

Enfin, le fonds est alimenté par une *contribution sur les organismes complémentaires*. L'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale précise que sont assujetties à cette contribution les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural ainsi que les entreprises régies par le code des assurances, au titre de leur activité réalisée en France, à une contribution à versements trimestriels. Elle est assise sur le montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances.

Les organismes complémentaires déduisent du montant de la contribution due un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de 85 euros par le nombre de bénéficiaires de la CMU-C le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due. Ils déduisent également un

montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due. Lorsque le montant de ces déductions est supérieur à la contribution due, les organismes complémentaires demandent au fonds le versement de cette différence.

Fixé à 1,75 % lors de l'institution du Fonds CMU, le taux de cette contribution a été porté à 2,5 % par la LFSS 2006. Son produit s'est établi à 494 millions d'euros en 2007.

Le tableau ci-après récapitule l'ensemble des charges et produits du fonds en 2007 :

Charges et produits du Fonds CMU (2007)

(en millions d'euros)

Charges		Produits	
Paiements aux régimes de base	1 442	Dotation de l'État	109
Paiements aux organismes complémentaires	88	Contribution sur les organismes complémentaires	494
Dotations aux provisions	28	Reprises sur provisions	35
Gestion administrative	1	Dotation de l'assurance maladie	65
		Droit de consommation sur les tabacs	411
		Cotisation sur les alcools supérieurs à 25 % vol.	480
Total des charges	1 559	Total des produits	1 595

Source : Rapport d'activité 2007 du Fonds CMU

2. De nouvelles modalités de financement

Les recettes du Fonds CMU sont hétéroclites, mais aussi, pour partie, peu dynamiques, si l'on songe à la cotisation sur les alcools ou au droit de consommation sur les tabacs. Le présent article opte pour une architecture simple et logique, consistant à assurer l'intégralité du financement du Fonds CMU par les organismes complémentaires (a). En conséquence, les recettes autres que cette contribution ainsi que les excédents éventuels du fonds sont affectées à la CNAM (b).

a) Le Fonds CMU sera exclusivement alimenté par la contribution des organismes complémentaires et une subvention de l'État

Résultant des **a et b du 4° du I** du présent article, le principe consistant à n'affecter que cette seule contribution au fonds conduit à en majorer le taux à due concurrence de ses dépenses. Comme le principe de l'équilibre du Fonds CMU, jusqu'alors énoncé explicitement au dernier alinéa de l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale, n'est pas remis cause, « une dotation de l'État destinée à équilibrer le fonds » continuera donc d'être inscrite en tant que de besoin.

Pour compenser la perte des autres recettes dont le Fonds CMU disposait jusqu'alors, le **a du 5° du I** du présent article porte de 2,5 % à 5,9 % le taux de la

contribution sur les organismes complémentaires. Le rendement de la contribution passerait donc de 712 millions d'euros en 2008 à 1 763 millions d'euros en 2009. L'effort demandé aux organismes complémentaires serait donc de l'ordre de 1 milliard d'euros.

Le rapporteur est convaincu que les organismes complémentaires sont à même de supporter cette charge nouvelle, et ce sans avoir à procéder à une augmentation des primes versées par leurs assurés. Pour l'affirmer, il se fonde sur la communication de la Cour des comptes à la commission des affaires sociales du Sénat sur la répartition du financement des dépenses de maladie depuis 1996 et sur les transferts opérés entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages, sur le rapport 2008 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), sur le rapport d'activité 2007 du Fonds CMU et sur les données que l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) a bien voulu lui communiquer.

Les primes perçues par les organismes atteignent aujourd'hui un niveau très significatif : plus de 28 milliards d'euros en 2007, à rapprocher par exemple des 40,6 milliards d'euros de primes collectées au titre de l'ensemble des dommages corporels, mais aussi des 65 milliards d'euros de cotisations sociales affectés à la CNAM la même année. Le montant se caractérise ces dernières années par une croissance particulièrement dynamique : + 8,9 % en 2006, + 4,9 % en 2007.

***Primes perçues par les organismes complémentaires
au titre de la santé (2005-2007)***

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007
Assurances	7 060	7 520	8 222
Institutions de prévoyance	4 270	4 586	4 869
Mutuelles	13 617	14 974	15 325
Total	24 947	27 080	28 416

Source : Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles

Outre les primes, les produits financiers des organismes complémentaires ont également connu une forte croissance au cours des années récentes. Ainsi que l'indique l'ACAM, la réglementation n'isole pas les produits des placements financiers pour les seuls frais de santé, de telle sorte qu'il n'est possible de disposer d'éléments que pour l'ensemble des dommages corporels : « *les produits financiers totaux sont répartis dans le bilan en une part technique et une part non technique au prorata respectivement des provisions et des fonds propres* ». Dès lors, « *les produits financiers techniques sont indépendants du niveau de richesse* ».

Produits des placements financiers des organismes pratiquant des opérations de dommages corporels (2005-2007)

(en millions d'euros)

	Produits des placements financiers non techniques			Produits des placements financiers totaux		
	2005	2006	2007	2005	2006	2007
Assurances	8 304	11 413	12 546	35 628	39 261	48 028
Institutions de prévoyance	856	941	954	929	1 058	1 101
Mutuelles	295	334	427	619	779	853
Total	9 455	12 688	13 928	37 176	41 099	49 982

Source : Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles

S'il n'est donc pas possible de connaître avec précision les montants correspondant strictement aux organismes complémentaires d'assurance maladie parmi les organismes pratiquant des opérations de dommages, il n'y a pas lieu que l'évolution des produits financiers soit très différente. Or, celle-ci est exceptionnelle : + 34,2 % en 2006 et + 9,8 % en 2007 pour le produit des placements financiers non techniques.

Pour ce qui est du chiffre d'affaires, l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) n'est en mesure de fournir que celui de l'ensemble des organismes pratiquant des opérations de dommages corporels. En revanche, le Fonds CMU, en tant qu'affectataire de la contribution sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires, dispose d'informations extrêmement précises en la matière. En effet, les 934 organismes complémentaires assujettis adressent chaque trimestre à l'URSSAF dont ils relèvent un bordereau déclaratif qui mentionne notamment le montant de l'assiette de la contribution. Le tableau ci-après a ainsi pu être constitué à partir des éléments collectés dans ces bordereaux dont les organismes communiquent une copie au fonds.

Chiffre d'affaires santé des organismes complémentaires (2001-2007)

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Assurances	3 692	3 991	4 538	5 239	5 788	6 344	6 724
Institutions de prévoyance	3 279	3 573	3 809	4 041	4 225	4 379	4 695
Mutuelles	10 596	11 264	12 129	13 367	14 452	15 319	15 950
Total	17 568	18 828	20 477	22 647	24 465	26 043	27 369

Source : Rapport d'activité 2007 du Fonds CMU

Entre 2001 et 2007, le chiffre d'affaires de l'ensemble du secteur santé des organismes complémentaires a donc progressé de 55,8 %, soit une croissance moyenne de 7,6 % par an : remarquablement dynamique jusqu'en 2004, elle s'est un peu ralentie à partir de 2005. Le rapport d'activité du Fonds CMU suggère que cette évolution tient à l'évolution plus modérée du tarif des primes. On observera par ailleurs qu'au sein de cette progression globale, celle des assurances

(+ 82,1 %) est encore plus forte que celle des mutuelles (+ 50,5 %) et des institutions de prévoyance (+ 43,1 %). Ce faisant, le nombre d'organismes assujettis a diminué de 47 % entre 2000 et 2007, évolution qui renforce une concentration déjà très marquée dans ce secteur : les six premiers organismes, parmi lesquels trois mutuelles (MGEN, Prévadiès et MG), deux compagnies d'assurance (AXA et Swisslife) et une institution de prévoyance (BTP prévoyance) déclarent un peu moins de 20 % de l'assiette totale, les trente-cinq premiers 50 % de l'assiette totale.

Au même moment, la progression des prestations versées, frais de gestion sur sinistres inclus, a été bien moins soutenue que celle du chiffre d'affaires et des primes : + 9,1 % en 2006, + 1,3 % en 2007.

Sinistres en frais de santé (2005-2007)

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007
Assurances	5 305	5 504	5 750
Institutions de prévoyance	3 678	3 781	3 981
Mutuelles	11 076	12 597	12 445
Total	20 059	21 881	22 177

Source : Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles

Les produits croissent plus rapidement que les charges : les fonds propres des organismes complémentaires ont fort logiquement progressé durant les dernières années, et ce dans un secteur bénéficiant, selon l'enquête susmentionnée de la Cour des comptes de 7,6 milliards d'euros d'aides et exonérations, moyennant en outre des frais de gestion supérieurs de 19 points à ceux de l'assurance maladie obligatoire.

Une partie de ces fonds propres correspond bien entendu aux engagements prudentiels que les organismes complémentaires se doivent de respecter, en vertu d'un ensemble de directives européennes dénommé « Solvabilité I ». Mais déduction faite de ces obligations légales, le montant des fonds propres avoisinait 17 milliards d'euros en 2007, dont 8 milliards d'euros pour les mutuelles, 5 milliards d'euros pour les assurances et 4 milliards d'euros pour les institutions de prévoyance.

Le présent article se proposant d'augmenter d'environ 1 milliard d'euros en 2009 la contribution des organismes complémentaires, l'existence de ces réserves constitue un élément capital dans l'appréciation qui peut être portée quant au caractère soutenable de ce nouveau dispositif.

Dans ce contexte, le renforcement des règles de solvabilité pourrait expliquer la forte progression des réserves, les organismes prenant ainsi les devants pour se mettre en conformité. En effet, la Commission européenne, animée par le souci de protéger les assurés et d'établir à terme un marché unique

européen de l'assurance, a en effet proposé, sous le nom de « Solvabilité II » une réforme d'ensemble des règles prudentielles.

Cette réforme, qui touche l'ensemble des organismes d'assurance, devrait être mise en place en 2012 et repose sur trois piliers. Le pilier 1 correspond aux exigences quantitatives (provisions techniques, actifs, fonds propres), le pilier 2 porte sur les processus de contrôle interne et le pilier 3 sur la publication d'informations à l'attention du public, des adhérents et des autorités de contrôle.

Interrogée par le rapporteur sur les évolutions que pourraient entraîner ces nouvelles règles pour les complémentaires santé, l'ACAM s'est contentée de répondre laconiquement que « *le projet de directive Solvabilité II prévoit un changement complet du régime de contrôle prudentiel applicable aux organismes d'assurance. Des études quantitatives d'impact sont en cours, mais les résultats ne sont que partiels.* »

Pourtant, un an plus tôt, à l'occasion d'un journée d'études organisée et rapportée par l'hebdomadaire *Espace social européen* (26 octobre 2007), le secrétaire général de l'ACAM semblait déjà en mesure d'affirmer que pour les organismes qui ne font que de l'assurance de soins, l'impact de la directive devrait être « *mineur en termes d'exigences qualitatives. Cette activité est en effet techniquement peu risquée* ». La « *flexibilité tarifaire sera donc un atout essentiel, les organes de contrôle la considérant comme un facteur qui minimise les risques à long terme* ».

De fait, la santé est un risque « court », ce qui signifie que les organismes complémentaires peuvent adapter rapidement leurs niveaux de cotisations et de primes face à une situation de crise. En outre, il n'est pas possible d'invoquer, à l'appui de la croissance des fonds propres, l'argument selon lequel les prestations seraient amenées à croître fortement dans les années à venir en raison du vieillissement de la population. Car en réalité, l'effet de l'augmentation du nombre d'assurés se trouvant en affection de longue durée sur la structure de la consommation médicale est acquis : cet effet explique environ les trois quarts de la dynamique des dépenses liées aux affections de longue durée, laquelle explique elle-même les quatre cinquièmes de la dynamique de progression des dépenses médicales.

Dans le cadre de la loi de 2004 relative à l'assurance maladie, 3 milliards d'euros de dépenses devaient être transférés vers les ménages. Or la Cour des comptes fait apparaître que seulement 500 millions d'euros l'ont finalement été, attribuant ce « *rendez-vous manqué* » à une prévision hasardeuse, à l'augmentation des taux de remboursement des médicaments remboursés par les régimes obligatoires et à la hausse des affections de longue durée.

Entendu par le rapporteur dans le cadre de ses auditions préparatoires à l'examen du présent projet de loi, M. Daniel Lenoir, directeur général de la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF), a d'ailleurs convenu que

les organismes complémentaires avaient anticipé en 2005 une prise en charge plus élevée des dépenses de santé, les anticipations – et pas seulement celles de la FNMF – s'étant finalement révélées très supérieures à la réalité. Il a également admis que les dépenses de soins de ville avec ticket modérateur évoluent nettement moins vite que celles prises en charge à 100 %.

Pour sa part, le rapport 2008 du HCAAM a estimé le transfert de charges des organismes complémentaires vers la sécurité sociale, toutes choses égales par ailleurs et à législation constante, à environ 600 millions d'euros par an, sous l'effet notamment de l'augmentation du nombre de personnes en affection de longue durée. L'augmentation de la contribution des organismes complémentaires permettra donc de corriger ce déport spontané de charges vers l'assurance maladie.

Dès lors, même si le rapporteur mesure que les situations sont certainement différentes entre assurances, d'un côté, mutuelles et institutions de prévoyance, de l'autre, mais aussi à l'intérieur de chacune de ces catégories, il ne ressort pas moins de l'ensemble des informations qu'il a rassemblées que le secteur des organismes complémentaires, considéré dans sa globalité, peut supporter la majoration de la contribution sans avoir à reporter cet effort sur ses assurés.

Le rapporteur relève en outre que l'article 31 du présent projet de loi prévoit que l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) sera systématiquement associée à la négociation des conventions avec les professionnels de santé et que dans les secteurs où la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inférieure à 50 % du total des dépenses pour le patient, tels l'optique et le dentaire, la signature de l'UNOCAM sera obligatoire. Il souhaite d'ailleurs que cette compétence soit étendue aux soins thermaux, pour peu que ceux-ci ne soient plus remboursés qu'à 35 % (sauf patients en affection de longue durée).

Cela étant, afin que le Parlement et le Gouvernement puissent se prononcer en toute connaissance de cause sur le taux de la contribution pesant sur les organismes complémentaires, il est indispensable de s'assurer que leur information soit aussi complète que possible dans la perspective de la préparation et de l'examen des prochains projets de loi de financement de la sécurité sociale. C'est pourquoi le rapporteur propose qu'il soit demandé à l'ACAM de remettre au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, chaque année avant le 15 septembre, un rapport sur les comptes des organismes complémentaires, faisant apparaître l'évolution du montant des primes ou cotisations, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent ainsi que de leurs fonds propres et provisions techniques.

b) La CNAM bénéficiera de nouvelles ressources ou de moindres dépenses

Les **1° et 2° du I** du présent article complètent la liste des ressources de l'assurance maladie donnée à l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale par le produit de la cotisation sur les alcools de plus de 25° précédemment affecté au Fonds CMU.

Le **b du 4° du I** met fin à l'affectation de la fraction de 4,34 % du produit du droit de consommation sur les tabacs au Fonds CMU, tandis que l'article 55 du projet de loi de finances pour 2009 en prévoit l'affectation à la CNAM. La clef de répartition de ce droit, dont le rendement atteindrait 9,6 milliards d'euros en 2009, évoluerait donc comme suit :

Affectation du droit de consommation sur les tabacs (2008-2009)

(en %)

	2008	2009
Régime des non-salariés agricoles	52,36	52,36 (*)
Caisse nationale d'assurance maladie	30	34,34
Fonds CMU	4,34	0
Fonds national d'aide au logement	1,48	1,48
Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	0,31	0,31
Allègements généraux de cotisations sociales	10,26	10,26
Fonds national de péréquation (formation professionnelle)	1,25	0
Fonds de solidarité (chômage)	0	1,25

(*) 29,13 % pour la branche maladie et 23,23 % pour la branche vieillesse.

Le produit global des deux ressources nouvelles ainsi affectées à la CNAM s'élèverait en 2009 à 836 millions d'euros, à part quasiment égale pour chacune d'entre elles. Il convient toutefois de rappeler que l'évolution de ces taxes ne s'est guère révélée dynamique au cours des dernières années.

En outre, la CNAM pourra bénéficier de tout ou partie du report à nouveau du fonds, c'est-à-dire de son résultat cumulé. Jusqu'à aujourd'hui, les excédents du fonds ont été affectés chaque année en report à nouveau. Les prévisions de résultat en 2008 et le montant du report à nouveau permettent en 2009 de penser qu'une dotation d'équilibre de l'État ne sera pas nécessaire.

En effet, le remboursement au forfait par bénéficiaire des organismes gestionnaires de la CMU-C, appliqué par le Fonds CMU depuis 2004, permet d'éviter les risques de dérapage de la dépense pour le fonds et donc permet à l'État de limiter la dotation d'équilibre qu'il lui affecte. En contrepartie, l'excédent du Fonds CMU sera utilisé pour réduire le reste à charge de la CNAM, pour laquelle le coût moyen par bénéficiaire est supérieur au forfait de remboursement.

Depuis la création du fonds, son résultat et son report à nouveau ont évolué comme suit :

Résultat et report à nouveau du Fonds CMU (2000-2007)

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Résultat	34	- 165	177	117	75	44	- 31	36
Report à nouveau	34	- 131	47	- 70	5	44	- 31	53

Source : Rapport d'activité 2007 du Fonds CMU

Fin 2008, le report à nouveau du fonds s'élèverait à 54 millions d'euros, tandis que le résultat prévisionnel pour 2008 serait de 84 millions d'euros. Le montant affecté à la CNAM pris en compte dans l'équilibre du PLFSS 2009 est de 138 millions d'euros.

Le **II** prévoit l'affectation ponctuelle du report à nouveau du Fonds CMU enregistré au 1^{er} janvier 2009 et le **c du 4° du I** pérennise cette possibilité en l'inscrivant à l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale. La rédaction de cette seconde disposition devra toutefois être harmonisée avec celle de la première, puisqu'elle vise le « *résultat excédentaire du fonds* », afférent à un seul exercice, et non le report à nouveau. Outre ces recettes nouvelles, la CNAM verra ses dépenses se réduire à l'égard du Fonds CMU : non seulement elle ne lui versera plus de dotation (**b du 4° du I**), les dépenses au titre de l'ACS étant ainsi mises à la charge du fonds, mais le forfait trimestriel par bénéficiaire sera porté de 85 euros à 92,5 euros (**b du 5° du I**). Le montant est fixé en valeur absolue par la loi sans que soit prévue sa revalorisation automatique. Fixé à 375 francs en 2000 (arrondis ensuite à 57 euros), il a été porté à 70,76 euros en 2003, à 76,13 euros en 2004 et à 85 euros depuis 2006.

Le rapport d'activité 2007 du Fonds CMU, qui s'attache à déterminer le coût moyen d'un bénéficiaire de CMU-C, observe à cet égard que « *si les dépenses réelles dépassent le montant du forfait, ce sont les gestionnaires qui supportent la différence (et inversement). Pour 2007 (il s'agit d'une prévision), le RSI et les "petits" régimes restent "bénéficiaires", le montant de leurs dépenses étant inférieures au forfait. Si les dépenses des organismes complémentaires sont très proches du forfait, celles du régime agricole et surtout du régime général s'en éloignent. Le régime général gérant près de 4 millions de bénéficiaires de CMU-C et supportant 30 euros (370 – 340) des dépenses par bénéficiaire, au total c'est 118 millions d'euros que supporteront les comptes de la CNAMTS en 2007 au titre de la CMU-C.* » Le rapporteur souhaite donc que les régimes d'assurance maladie puissent être remboursés au coût réel de leurs dépenses à ce titre.

Enfin, le **3° du I** dispose que les montants des déductions des organismes complémentaires sont inscrits en dépenses – comme c'est déjà le cas pour les montants similaires versés directement aux régimes de sécurité sociale auprès desquels sont inscrits le reste des bénéficiaires de la CMU-C – tandis que la totalité de la contribution des organismes complémentaires est inscrite en recette.

La modification consiste à présenter dans les comptes du Fonds CMU la totalité du montant de la contribution perçue et non seulement le solde entre contribution et déduction opérée, afin de respecter les principes comptables de non-contraction et de pouvoir disposer d'une vision plus conforme à la réalité des montants en jeu.

Cette mesure n'a pas d'impact sur les relations de trésorerie du Fonds CMU avec les organismes complémentaires. En effet, le fonds continuera à appliquer les modalités qui permettent de réduire le nombre de versements entre organismes et déduira donc les montants qu'il rembourse de ceux dus au titre de la contribution par les organismes complémentaires ou de réduire les montants dus au titre de la contribution des montants remboursés au titre de gestion de la CMU-C et de l'ACS.

Le présent article peut donc s'analyser en termes nets comme une contribution des organismes complémentaires à l'assurance maladie obligatoire. Mais même considérée sous cet angle, une telle mesure ne paraît pas injustifiée au rapporteur, compte tenu de l'évolution de la dépense remboursée et de l'importance des fonds propres des organismes complémentaires.

*

La commission est saisie de deux amendements de Mme Martine Billard et de Mme Catherine Génisson visant à supprimer l'article.

Mme Martine Billard. Nous refusons que les mutuelles se voient imposer une contribution de manière permanente sous prétexte qu'elles auraient des réserves suffisantes. Elles ont d'ailleurs dit qu'elles ne pouvaient supporter ce prélèvement qu'à titre exceptionnel et qu'elles se verraient contraintes d'augmenter les cotisations de leurs adhérents s'il perdurait.

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas parce que les mutuelles ont de la trésorerie qu'il faut leur subtiliser un milliard d'euros ! Autant qu'elles consacrent cette somme à assurer une couverture plus égalitaire de la population. On sait qu'à cotisation égale, les populations précaires sont bien moins couvertes que celles qui ont davantage de moyens.

Le transfert au Fonds CMU pourrait paraître logique si vous ne le priviez pas dans le même temps de taxes sur le tabac et sur l'alcool, qui sont transférées au régime général. Il y a là un désagréable tour de passe-passe.

Si le prélèvement va au Fonds CMU, il faut l'affecter à des actions ciblées. Je rappelle que la France compte 2 millions d'enfants pauvres, dont un million sont dépourvus de couverture maladie.

On nous dit qu'en contrepartie de ce prélèvement, les mutuelles auront accès à un certain nombre d'informations concernant les risques qu'elles couvrent. Il me semble que le vrai débat est celui du partage des responsabilités entre régime général et régimes complémentaires.

Mme Marisol Touraine. Nous aurons sans doute ce débat en séance publique puisque cet article est un article phare du PLFSS. Au-delà du mécanisme même du prélèvement sur les assurances complémentaires, nous sommes choqués que celui-ci ne se traduise pas par une ressource nette pour le Fonds CMU – puisque vous le privez de ressources équivalentes. Nous pourrions comprendre la démarche s'il s'agissait de financer une nouvelle politique de santé, mais ce n'est pas le cas : vous semblez plutôt privilégier l'affichage.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet article est en effet important.

Le prélèvement d'un milliard sur les assurances complémentaires se justifie d'abord par le fait que 200 000 personnes passent chaque année en affection de longue durée (ALD). Les frais liés à leur pathologie lourde sont donc pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, l'assurance complémentaire n'ayant plus à sa charge que le remboursement de sommes modiques. C'est en tout cas ce que montrent différents rapports, notamment celui du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Cela représente environ 600 millions d'euros.

Si nous sollicitons les assurances complémentaires, c'est parce que leur situation financière est saine. Selon l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM), leurs réserves avoisineraient 17 milliards – sans inclure – ce qui est nécessaire pour se mettre en conformité avec la solvabilité imposée par l'Union européenne. Entre 2001 et 2007, les cotisations des assurances complémentaires ont d'ailleurs augmenté d'environ 57 %, soit bien plus que les frais de soins. Cela ne me gêne pas que ces organismes accumulent des réserves, à condition qu'ils ne prennent pas les assurés en otage – les assurances privées ont annoncé qu'elles seraient obligées d'augmenter leurs cotisations dès cette année, et les mutuelles et instituts de prévoyance qu'ils devraient le faire à terme si le prélèvement est reconduit.

Ces 17 milliards de réserves se répartissent comme suit : 5 milliards pour les assurances privées, 4 pour les institutions de prévoyance et 8 pour les mutuelles. Il est bon d'avoir un débat public, encore faut-il mettre toutes les données sur la table ! Je précise que j'ai eu beaucoup de mal à obtenir ces informations de l'ACAM. C'est pourquoi j'ai déposé un amendement lui demandant de nous les fournir chaque année au 15 septembre.

Avis défavorable à ces amendements.

M. Roland Muzeau. L'enjeu est moins de permettre à l'État de récupérer ces excédents pour la sécurité sociale que de diminuer les cotisations des mutualistes. Celles-ci n'ont en effet cessé d'augmenter, et vous en niez la cause – l'insuffisance de financement de la sécurité sociale. L'État n'a pourtant pas de pouvoir sur les fonds des mutuelles. Certes, celles-ci avaient d'abord donné un accord de principe, car elles voulaient participer aux décisions concernant les dépenses. Mais ce faisant, elles ont mis le doigt dans un engrenage.

J'ajoute que la réglementation européenne ne fait pas de distinction entre mouvements mutualistes et assurances privées – ce qui pose problème.

Rappelons que les assurés en ALD ne sont désormais pris en charge à 100 % que pour l'affection en question. J'ai donc vu l'autre jour dans une pharmacie une femme qui devait payer de sa poche 56 euros et n'avait pas de mutuelle : elle a demandé qu'on ne lui donne que pour 10 euros de médicaments...

Mme Catherine Génisson. Il est certain que le système mutualiste doit s'améliorer, mais il est inacceptable de s'en tenir à une mesure comptable dans l'espoir de remplir le tonneau des Danaïdes... J'attends donc un débat de qualité dans l'hémicycle.

M. Pierre Morange. N'oublions pas que les mutuelles bénéficient de quelque 7 milliards d'euros de transferts de l'État au titre des avantages fiscaux. Nous avons d'autre part appris, lors des auditions de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), qu'elles avaient fait 150 millions d'économies en cessant de rembourser certains médicaments, et que les coûts de gestion des organismes complémentaires représentaient aux alentours de 25 % – et jusqu'à 42 % pour les assurances privées – contre 5 % pour l'assurance maladie.

M. Yves Bur, rapporteur. Précisons que l'État ne verse pas 7 milliards aux mutuelles. Il s'agit des avantages fiscaux et sociaux dont elles bénéficient.

Mme Martine Billard. Nul ne conteste qu'il y ait des problèmes. Mais si votre idée est de ponctionner les réserves, pourquoi ne pas faire appel à celles des compagnies pétrolières, qui sont florissantes ?

Les cotisations des mutuelles sont trop élevées, soit. Une directive européenne les a contraintes à s'aligner sur le code des assurances, et donc à moduler davantage les cotisations en fonction de la situation de chacun : c'est tout aussi indéniable. Cherchons donc comment les contraindre à mieux prendre en charge leurs adhérents et à diminuer les cotisations des plus modestes.

Vous entendez, vous, ponctionner les réserves des assurances et des mutuelles. Résultat : les premières ont annoncé qu'elles augmenteraient leurs cotisations cette année, les secondes qu'elles le feraient l'an prochain si le prélèvement est maintenu. Ce sont donc les adhérents qui vont payer. Que le Gouvernement ait le courage d'augmenter tout de suite les cotisations sociales : ce serait plus transparent !

Je rappelle enfin qu'il y a des petites mutuelles qui n'ont pas de réserves. Or la taxe est assise sur le chiffre d'affaires, et non sur les bénéficiaires. Elle aura donc un effet pervers : ce sont les mutuelles les plus solidaires qui seront les plus fragilisées.

M. Christian Paul. L'article 12 semble être la clé de voûte de la partie recettes de ce PLFSS. C'est un climat d'imprévoyance qui a présidé à la préparation de celui-ci comme du PLF – qui s'est faite, il est vrai, avant que vous ne preniez conscience de l'arrivée d'une récession. Comment maintenir le vaisseau de la sécurité sociale à flot ? C'est une question à laquelle vous ne répondez pas.

La structure des prélèvements se transforme progressivement : ils deviennent chaque année un peu moins progressifs et un peu plus forfaitaires, donc injustes. Est-ce là votre dessein pour la législature ? Quoi qu'il en soit, l'article 12 relève soit d'un choix idéologique, soit d'un choix de très court terme.

M. Yves Bur, rapporteur. Ce PLFSS est daté – et c'est inévitable. Nul ne peut dire quel sera l'impact de la crise sur les finances sociales. Le Gouvernement a déjà fait un effort de réalisme : le Premier ministre a annoncé que la croissance ne dépasserait pas 1 % l'année prochaine ; le Gouvernement a pris en compte une progression limitée de 3,5 % de la masse salariale. Je m'inquiète donc plus pour 2010 que pour 2009. Nous devons néanmoins faire le maximum pour tenir les dépenses, afin de ne pas arriver à des déficits inacceptables.

Il n'est pas souhaitable d'augmenter les prélèvements publics dans la période actuelle. Ce prélèvement sur le monde complémentaire n'est qu'un juste retour à l'assurance maladie des 600 millions qu'il économise grâce à la prise en charge à 100 % des ALD. La portée de l'exemple cité par M. Muzeau est limitée : il n'est pas sûr que cette personne ait eu une mutuelle auparavant.

Je rappelle enfin que des moyens considérables – 7,5 milliards – sont affectés à la promotion de la prévoyance : les entreprises peuvent ainsi proposer des contrats de prévoyance à leurs salariés.

Par ailleurs, les assurances complémentaires ne sont pas tenues aujourd'hui de répercuter ce prélèvement sur leurs cotisants. Mais il est vrai que les situations sont diverses, et les mutuelles, en particulier, devront faire jouer la solidarité.

La commission rejette les deux amendements.

Après avis défavorable du rapporteur, la commission rejette successivement trois amendements de repli de Mme Martine Billard, puis adopte un amendement rédactionnel du rapporteur.

Elle examine ensuite un amendement de M. Yves Bur, rapporteur, tendant à insérer un 3° bis après l'alinéa 13 de l'article 12.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement vise à demander à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles un rapport annuel sur la situation financière des organismes complémentaires d'assurance maladie.

La commission adopte cet amendement.

Elle est ensuite saisie de trois amendements pouvant être soumis à une discussion commune tendant à limiter à l'année 2009 l'augmentation du prélèvement sur le chiffre d'affaires des organismes complémentaires. Ils sont respectivement présentés par Mme Martine Billard, M. Dominique Tian et M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Cette taxe a été instaurée sans véritable négociation. Il serait souhaitable qu'elle ne soit renouvelée qu'après concertation. Certaines mutuelles, comme la Mutuelle Saint-Martin, qui concerne le clergé, n'ont pas de réserves et seront confrontées à des difficultés majeures si on ne les aide pas.

M. Yves Bur, rapporteur. Nous en débattons en séance. Nous verrons bien, au regard de la situation financière, ce que décidera le Gouvernement pour l'année prochaine. Avis défavorable sur les trois amendements.

La commission rejette ces trois amendements.

Elle examine ensuite un amendement de M. Yves Bur, rapporteur, visant à ce que l'assurance maladie soit remboursée au coût réel de ses dépenses au titre de la CMU.

M. Yves Bur, rapporteur. Il importe que le régime général, auprès duquel sont affiliés les bénéficiaires de la CMU complémentaire les plus défavorisés pour une dépense moyenne de 422 euros par an et par bénéficiaire – très supérieure à celle des organismes complémentaires –, soit remboursé au coût réel de ses dépenses, au lieu d'un forfait annuel de 370 euros. C'est pourquoi je souhaite que nous garantissions à l'assurance-maladie une compensation pour la prise en charge des assurés complémentaires les plus défavorisés.

La commission adopte cet amendement.

Après avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite un amendement de Mme Martine Billard tendant à supprimer l'alinéa 16.

Elle adopte l'article 12 ainsi modifié.

Après l'article 12

La commission est saisie d'un amendement de Mme Martine Billard portant article additionnel après l'article 12.

Mme Martine Billard. Il convient d'abonder les ressources de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale d'une contribution assise sur les revenus du type stock-options.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Je rappelle que j'ai proposé l'année dernière d'assujettir les stock-options à une contribution.

Mme Martine Billard. Toute petite !

M. Patrick Roy. On entend la majorité dire dans les médias qu'elle va tenir compte de la crise et remédier aux injustices, mais chaque fois que nous présentons un amendement sur les parachutes dorés ou les stock-options, elle le refuse. Ce double langage est insupportable.

La commission rejette cet amendement.

Article 13

Contribution sur les rémunérations ou gains exclus de l'assiette des cotisations sociales

Le présent article institue une nouvelle contribution, dite « forfait social », à la charge de l'employeur, sur les rémunérations ou gains assujettis à la CSG mais exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale. Le Gouvernement entend ainsi apporter une réponse à l'un des problèmes posés par la multiplication de ce qu'il est convenu d'appeler les « niches sociales ».

1. Les niches sociales

En application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, sont intégrées dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale toutes les rémunérations, en espèces ou en nature, allouées en contrepartie ou à l'occasion du travail. Ce principe d'universalité de l'assiette des cotisations de sécurité sociale connaît toutefois de nombreuses exceptions.

Ainsi, certains éléments de rémunération sont exclus de tout prélèvement social (titres-restaurant, aide financière pour les services à la personne, avantages versés par les comités d'entreprise, ...), tandis que d'autres sont exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale mais assujettis à la CSG et à la CRDS (intéressement, abondement à un plan d'épargne, participation, contribution patronale de retraite et de prévoyance complémentaire, chèques-vacances, ...).

Indépendamment de la pertinence des objectifs qui s'attachent à leur existence, le fort développement des niches sociales risque en effet de s'effectuer au détriment des formes traditionnelles de rémunération, assujetties, quant à elles, à l'ensemble des prélèvements sociaux.

En outre, la quasi-totalité de ces niches ne fait pas l'objet d'une compensation aux organismes de sécurité sociale. Dès lors, cette évolution constitue une menace pour les recettes de la sécurité sociale et soulève également des questions quant à l'équité face au prélèvement social.

L'annexe 5 au présent projet de loi ne dissimule d'ailleurs nullement ce risque : « *Les dispositifs d'exemptions d'assiette se caractérisent par un dynamisme qui se prolonge durablement après la phase de montée en charge. La mise en place des exemptions d'assiette a permis d'inciter les employeurs à l'essor initial de ces dispositifs. Bien après leur création, ils continuent d'évoluer encore nettement plus rapidement que l'assiette des cotisations quand bien même sont prévues au niveau de chaque entreprise des clauses de non-substitution avec des éléments de rémunération existants, lesquelles jouent surtout à court terme.* »

Le tableau ci-après, issu du rapport quinquennal de novembre 2007, illustre clairement cette tendance.

Évolution des principales exemptions d'assiette entre 2000 et 2005

(en millions d'euros)

	2000	2005	Taux d'évolution annuel moyen
<i>Intéressement</i>	3 799	5 856	9,0 %
<i>Participation</i>	4 927	7 027	7,4 %
<i>Plans d'épargne salariale</i>	974	1 450	8,3 %
Total participation financière	9 700	14 452	8,3 %
Titres-restaurant	1 483	1 978	6,4 %
Retraite et prévoyance complémentaire	12 838	13 500	5,6 %
Masse salariale	337 682	395 047	3,2 %

Source : Rapport au Parlement sur les dispositifs affectant l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale (novembre 2007).

L'annexe 5 au présent projet de loi propose une évaluation des dix-neuf niches sociales et ce non seulement en termes d'assiette, mais aussi – pour la première fois et à la différence de la méthode retenue dans le rapport au Parlement sur les dispositifs affectant l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale qu'il a remis en novembre dernier en application de l'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 – en termes de pertes de recettes.

Présenté dans le tableau reproduit ci-après, ce calcul des pertes de recettes tient notamment compte des prélèvements particuliers qui sont opérés sur certaines de ces formes de rémunérations, y compris le futur « forfait social » institué par le présent article.

Niches sociales

(en milliards d'euros)

	Assiettes exemptées	Pertes de recettes
Participation	8,7	
Intéressement	7,9	
Plan d'épargne en entreprise	1,3	
Stock-options	2,1	
<i>Total participation financière et actionariat salarié</i>	<i>20,0</i>	<i>4,0</i>
Prévoyance complémentaire	13,1	
Retraite supplémentaire	3,8	
Plan d'épargne retraite collective	0,2	
<i>Total protection sociale complémentaire en entreprise</i>	<i>17,1</i>	<i>3,1</i>
Titres-restaurant	2,4	
Chèques-vacances	0,3	
Avantages accordés par les comités d'entreprise	2,6	
CESU préfinancé	0,1	
<i>Total aides directes consenties aux salariés</i>	<i>5,4</i>	<i>1,7</i>
Indemnités de licenciement	3,2	
Indemnités de mise à la retraite	0,4	
<i>Total indemnités de rupture</i>	<i>3,5</i>	<i>0,5</i>
Total	46,1	9,4

Source : PLFSS 2009

Si l'on compare avec le rapport quinquennal de novembre 2007, fondé pour l'essentiel sur des données datant de 2005, les évaluations d'assiette ont été significativement révisées : on le voit notamment pour la participation (+ 1,7 milliard d'euros), pour l'intéressement (+ 2 milliards d'euros) et la prévoyance complémentaire (+ 2,4 milliards d'euros), mais aussi pour les indemnités de rupture (– 2,3 milliards d'euros). Dès lors, le montant total des exemptions d'assiette passe de 41 milliards d'euros à 46,1 milliards d'euros.

Deux mois avant le rapport quinquennal, la Cour des comptes, dans son RALFSS 2007, avait déjà évalué pertes d'assiette et pertes de recettes, retenant un champ plus large que l'approche du rapport quinquennal et de l'annexe 5, puisqu'elle incluait certaines modalités particulières de rémunération (stages, conventions de reclassement personnalisé, contrat de transition professionnelle, exploitation de l'image collective du sportif, ...), les incidences des différences d'assiette pour les cotisations de l'État employeur ainsi que diverses exemptions à caractère social (intérêts des livrets d'épargne, pensions alimentaires, allocations diverses, ...).

Proposant une évaluation maximale des pertes de recettes pour chaque niche, la Cour obtenait des résultats sensiblement différents. « L'enjeu pour l'équilibre du régime général » était ainsi estimé à 8,3 milliards d'euros pour la participation financière et l'actionnariat, 3,1 milliards d'euros pour la protection sociale complémentaire en entreprise, 3,9 milliards d'euros pour les indemnités de rupture et 2,5 milliards d'euros pour les aides directes aux salariés.

2. Le forfait social

Le 1^o du I du présent article définit l'assiette, le taux, l'affectation et les modalités de recouvrement de la nouvelle contribution.

Le nouvel article L. 137-15 du code de la sécurité sociale pose le principe selon lequel l'ensemble des éléments de rémunération qui sont soumis à la CSG (article L. 136-1 du code de la sécurité sociale) et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale (articles L. 242-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural) sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur.

Cette formulation garantit à la fois une plus grande lisibilité et une sécurité juridique accrue, l'assujettissement au forfait social ne résultant pas de dispositions spécifiques, mais du fait que l'élément assujéti répond aux critères retenus. Dès lors, toute nouvelle exonération d'un élément de rémunération répondant à ces mêmes critères entrera dans l'assiette du forfait social, sans qu'il soit besoin de le prévoir expressément. Ce n'est que si l'on souhaite exclure cet élément du forfait social qu'une disposition législative *ad hoc* devra venir modifier l'article L. 137-15.

Cela étant, en retenant les rémunérations et gains assujéti à la CSG, il exclut de son champ les divers titres de paiement (titre-restaurant, chèque emploi-service universel préfinancé et, pour les entreprises de plus de cinquante salariés, chèque-vacances).

L'article L. 137-15 prévoit en outre quatre exceptions limitativement énumérées, excluant ainsi de l'assiette :

– les avantages résultant de l'attribution de stock-options ou d'actions gratuites, déjà assujéti à des contributions patronale et salariale de 2,5 % (articles L. 137-13 et L. 137-14 du code de la sécurité sociale) ;

– les contributions des employeurs destinées au financement des prestations complémentaires de prévoyance complémentaire (2^o de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et 2^o de l'article L. 741-10 du code rural), déjà assujéti à une contribution de 8 % (article L. 137-11 du code de la sécurité sociale) ;

– les indemnités versées à l’occasion de la rupture du contrat de travail (douzième alinéa de l’article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et troisième alinéa de l’article L. 741-10 du code rural) ;

– la participation de l’employeur au financement des chèques-vacances dans les entreprises de moins de cinquante salariés (article L. 411-9 du code du tourisme), par souci de cohérence et d’équité avec l’exonération dont bénéficient les chèques-vacances dans les entreprises de plus de cinquante salariés du fait de leur non-assujettissement à la CSG.

La contribution sera donc due sur les éléments de rémunération suivants :

– les contributions des employeurs destinées à financer des prestations de retraite supplémentaire, à l’exclusion de celles régies par l’article L. 137-11 du code de la sécurité sociale (régimes à prestations définies avec condition d’achèvement de la carrière dans l’entreprise) ;

– les sommes versées au titre de la participation et du supplément de réserve spéciale de participation ;

– les sommes versées au titre de l’intéressement, du supplément d’intéressement et de l’intéressement de projet ;

– l’abondement de l’employeur aux plans d’épargne d’entreprise (PEE) et plans d’épargne retraite collectifs (PERCO) ; s’agissant des PERCO, le forfait social se cumule avec la contribution de 8,2 % sur la part de l’abondement excédant 2 300 euros destinée au Fonds de réserve pour les retraites (article L. 137-5 du code de la sécurité sociale) ;

– la part de rémunération correspondant à la commercialisation de l’image collective de l’équipe versée aux sportifs.

Le taux de cette contribution est fixé à 2 %. Elle est recouvrée et contrôlée par les URSSAF et, en outre-mer, par les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) selon les règles et garanties applicables au recouvrement des cotisations à la charge des employeurs (articles L. 137-3 et L. 137-4 du code de la sécurité sociale).

Le **2° du I** affecte le produit du forfait social à la Caisse nationale d’assurance maladie. Dans la mesure où il n’ouvre pas de droits, il paraît en effet préférable de l’affecter à la branche maladie qu’à la branche vieillesse.

Enfin, le **II** prévoit l’entrée en vigueur du forfait social pour les éléments de rémunération versés à compter du 1^{er} janvier 2009.

Pour mémoire, la mission d’information commune aux commissions des affaires sociales et des finances de l’Assemblée nationale sur les exonérations de cotisations sociales avait recommandé d’instaurer deux contributions annuelles de solidarité non créatrices de droits, au taux « *volontairement faible* » de 5 % :

– la première sur les versements et gains connexes au salaire au titre de l'épargne salariale (intéressement, réserve spéciale de participation, abondement des employeurs aux plans d'épargne d'entreprise et aux plans d'épargne retraite collectifs), assortie d'une franchise de 200 euros par bénéficiaire et par an ;

– la seconde sur les autres niches sociales.

L'assiette étant évaluée à 20 milliards d'euros et le taux fixé à 2 %, l'annexe 9B confirme que le forfait social devrait rapporter 400 millions d'euros à la CNAM en 2009, étant rappelé que l'estimation par le Gouvernement des pertes de recettes résultant des dispositifs soumis à cette nouvelle contribution est de l'ordre de 4 milliards d'euros.

Le forfait social créé par le présent article paraît moins ambitieux que celui proposé par la mission d'information commune. Le rapporteur relève d'ailleurs que l'exposé des motifs qualifie le taux de la nouvelle contribution de « *très modéré* ». Mais il n'y a que le premier pas qui coûte : le rapporteur estime donc que l'inscription dans la loi du principe selon lequel les niches sociales participent au financement de la protection sociale constitue un progrès capital. Même si ce principe est, pour l'heure, assorti d'un certain nombre d'exceptions, en quelque sorte des « niches dans les niches », le forfait social témoigne d'un salutaire retour vers l'universalité de l'assiette des prélèvements sociaux.

Cette démarche entre-t-elle en contradiction avec l'encouragement par le Gouvernement et le Parlement de certains de ces dispositifs, à l'image, encore tout récemment, de l'intéressement et de la participation dans le projet de loi en faveur des revenus du travail en cours de discussion au Parlement ? Le rapporteur estime au contraire qu'à partir du moment où ces niches sociales se développent, il est d'autant plus essentiel de fixer le cadre dans lequel elles peuvent contribuer au financement de la protection sociale.

Cela n'interdit pas pour autant de s'interroger d'ores et déjà sur le champ du forfait social. À cet égard, le rapporteur estime que l'exclusion des attributions de stock-options et d'actions gratuites n'est pas cohérente avec la finalité de la contribution spécifique sur ces attributions instituée par l'article 13 de la LFSS 2008. En effet, l'intention était alors d'établir un différentiel de prélèvement social entre les stock-options et actions gratuites, d'une part, et les autres niches sociales, d'autre part. Or le présent article, en excluant ces attributions de l'assiette du forfait social, réduit ce différentiel. Le rapporteur souhaite donc les inclure dans l'assiette, afin de maintenir ce différentiel.

*

La commission est saisie d'un amendement de M. Dominique Tian visant à supprimer l'article 13.

M. Dominique Tian. Cet article prévoit la création d'un « forfait social », sous la forme d'une taxe de 2 % sur les sommes versées au titre de l'intéressement

et de la participation, sur les abondements de l'employeur aux plans d'épargne d'entreprise, ainsi que sur les contributions des employeurs au financement des régimes de retraite supplémentaire. Or, quand nous avons examiné le projet de loi sur les revenus du travail, il y a trois semaines, il n'a jamais été question d'une telle mesure. D'un côté, on incite les entreprises à signer des accords d'intéressement, de l'autre on pénalise celles qui le font. Ce sont deux messages contradictoires qui sont envoyés à quelques jours d'intervalle.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. La possibilité de soumettre à forfait social les régimes d'épargne salariale a été évoquée lors de cette discussion : ce n'est pas une surprise ! Par ailleurs, la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales avait proposé d'instituer une taxe de 5 % sur l'ensemble des niches sociales, à l'exception – à la demande de nos collègues socialistes – des avantages salariaux du type titres-restaurant ou chèques-vacances. Le Gouvernement, tenant compte de la situation économique, a souhaité limiter ce prélèvement à 2 %, ainsi qu'à certains dispositifs. Pour ma part, je regrette qu'à l'intérieur des niches on en crée de nouvelles : on ajoute de la complexité. Toutefois, le Gouvernement n'a pas abandonné l'idée de mettre en œuvre progressivement les recommandations du rapport de la mission, lorsque la situation économique s'améliorera.

La commission rejette l'amendement de M. Dominique Tian.

Elle est ensuite saisie de deux amendements identiques respectivement présentés par Mme Jacqueline Fraysse et par M. Yves Bur, rapporteur.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit de taxer davantage les stock-options. La mesure adoptée l'an dernier était bénéfique, mais nous regrettons que ces revenus ne soient pas taxés au moins au même niveau que les revenus des salariés – autrement dit que le travail utile.

M. Yves Bur, rapporteur. Le travail des dirigeants est tout aussi utile que celui des salariés : c'est l'ensemble du personnel d'une entreprise qui produit de la richesse.

Néanmoins, compte tenu de la disposition adoptée l'an dernier, j'estime qu'il ne faut pas exonérer du forfait social les stock-options et les attributions gratuites d'actions.

M. Dominique Tian. Quand nous avons examiné le projet de loi sur les revenus du travail, le Gouvernement avait dit très clairement qu'on était au maximum de l'imposition. Il me semble que le rapporteur va plus loin que ce que souhaitait le Gouvernement.

M. Yves Bur, rapporteur. À mon avis, durant cette discussion, le Gouvernement ne parlait pas des stock-options, mais des revenus liés à l'épargne salariale.

M. Dominique Tian. Pourtant, je crois me souvenir assez précisément de ce qu'avait dit Mme Lagarde à ce sujet.

La commission adopte ces amendements, puis, après avis défavorable du rapporteur, rejette deux amendements de M. Dominique Tian visant à exclusion de l'assiette du forfait social les sommes dues au titre de l'intéressement.

Puis, après avis défavorable du rapporteur, elle rejette un amendement de M. Dominique Tian tendant à exclusion de l'assiette du forfait social la part des abondements des employeurs au plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) excédant la somme de 2 300 euros.

La commission examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson visant à insérer un nouvel alinéa après l'alinéa 8.

Mme Catherine Génisson. Nous proposons d'aller plus loin que les amendements de Mme Fraysse et du rapporteur, et de soumettre les parachutes dorés à la nouvelle contribution.

M. le rapporteur. Avis défavorable. Les parachutes dorés sont des sommes versées en raison d'une rupture de contrat. Ces indemnités sont actuellement exonérées jusqu'à six fois le plafond de la sécurité sociale annualisé, c'est-à-dire 200 000 euros, les sommes versées au-delà étant soumises à cotisations sociales. Je vous proposerai, dans un amendement ultérieur, de supprimer la franchise des 200 000 premiers euros pour les sommes versées au-delà du million d'euros.

Mme Marisol Touraine. Je ne comprends pas votre logique. D'un côté, vous entrouvrez la porte en acceptant aujourd'hui ce que vous refusiez hier afin de dégager des ressources nouvelles pour la sécurité sociale. De l'autre vous la refermez en refusant les amendements qui proposent, comme tout à l'heure, de taxer les stock-options comme des revenus classiques au regard des cotisations sociales ou, comme maintenant, d'aligner les parachutes dorés sur le régime de droit commun au regard de la législation que vous instaurez. D'un côté, vous expliquez qu'il faut moraliser le capitalisme international et lutter contre les revenus aberrants, de l'autre vous refusez qu'on applique à ces revenus le même type de prélèvement qu'aux autres !

M. Yves Bur, rapporteur. Jusqu'à l'année dernière, les stock-options échappaient à toute cotisation sociale : c'était une niche sociale. Quant aux parachutes dorés, ce sont des indemnités de rupture de contrat. À ce titre, comme dans toute rupture de contrat, les 200 000 premiers euros sont exonérés de cotisations sociales. Au-delà, les sommes perçues sont soumises à la CSG, à la CRDS, aux cotisations vieillesse, aux cotisations maladie, etc. La mesure que je vous proposerai tout à l'heure consiste à supprimer, pour les parachutes dorés, la franchise de 200 000 euros s'agissant des montants supérieurs à 1 million d'euros, c'est-à-dire à les assujettir aux cotisations sociales sur l'ensemble de la somme. Il

n'est donc pas nécessaire de les soumettre à ce forfait social, qui n'a été instauré que pour les dispositifs exonérés de toute cotisation sociale.

Mme Marisol Touraine. La part inférieure à 200 000 euros ne sera donc pas taxée dès lors que le bénéficiaire percevra 500 000 ou 600 000 euros !

M. Yves Bur, rapporteur. Le problème est de fixer un seuil : le million est symbolique.

*La commission **rejette** l'amendement de Mme Catherine Génisson.*

Elle examine ensuite un amendement de M. Dominique Tian proposant pour cette nouvelle taxe une montée en charge avec effet de sifflet.

*Après avis défavorable du rapporteur, la commission **rejette** cet amendement.*

Elle est ensuite saisie d'un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à porter le taux du forfait social de 2 à 4 %.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous sommes sensibles à la création du forfait social, mais nous considérons que son taux est beaucoup trop modéré – l'exposé des motifs le qualifie d'ailleurs de « très modéré ». Nous souhaitons corriger cette insuffisance regrettable.

*Après avis défavorable du rapporteur, la commission **rejette** cet amendement.*

*Après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** également un amendement de Mme Catherine Génisson visant à porter le taux du forfait social de 2 à 3 %.*

*La commission **adopte** l'article 13 ainsi modifié.*

Article additionnel après l'article 13

Cotisations et contributions sociales sur les rémunérations perçues à l'occasion de la sortie de fonction

La commission est saisie d'un amendement de M. Yves Bur, rapporteur, portant article additionnel après l'article 13.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement précise le traitement que je souhaite voir appliqué aux parachutes dorés. D'abord, assujettir aux cotisations sociales au premier euro les sommes versées au-delà d'1 million. Ensuite, rendre applicable la contribution salariale de 2,5 % sur les avantages résultants des stock-options au moment de la levée des options – soit après un délai de quatre à six ans –, conformément à la disposition votée l'an dernier par l'Assemblée nationale mais rejetée par le Sénat et non reprise par la CMP. Enfin, majorer la contribution

sur les régimes de retraite conditionnant la constitution des droits à prestations à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise – dits « retraites chapeaux » –, qui demeurent très attractifs.

Mme Catherine Génisson. Je le répète : dans la situation actuelle, et compte tenu du discours extrêmement incisif du Président de la République sur les parachutes dorés, la première mesure est parfaitement indécente.

M. Yves Bur, rapporteur. Soyons clairs. Aujourd'hui, nous sommes dans l'incapacité législative d'interdire les parachutes dorés : cela relève du droit privé. Le MEDEF a proposé une charte, à laquelle vont adhérer la plupart des grandes entreprises, qui devrait normalement en limiter l'attribution. Dans ce contexte, nous avons considéré que les sommes qui dépasseraient le seuil symbolique du million d'euros seraient soumises à cotisations sociales à partir du premier euro. On ne va pas surajouter des cotisations exceptionnelles confiscatoires ! Les parachutes dorés seront traités comme toute autre indemnité de licenciement, et soumis au régime de droit commun, lequel prévoit une exonération pour les 200 000 premiers euros – à moins de considérer que cette somme constitue déjà un parachute doré, mais il faut tenir compte du fait que des cadres supérieurs peuvent bénéficier de garanties de deux ans et toucher de telles indemnités, sans être pour autant des dirigeants. De 200 000 à 1 million d'euros, il y aura contribution sur le différentiel et, au-delà, assujettissement au premier euro. Je crois que c'est un signal fort qui complète le dispositif proposé par la commission des finances dans le projet de loi de finances.

Mme Martine Billard. Je reconnais qu'il y a une avancée, puisqu'il n'était pas question jusqu'ici de toucher aux parachutes dorés. Mais un million d'euros, c'est quand même 90 ans de SMIC ! Le groupe GDR présentera un amendement visant à abaisser ce seuil.

M. Benoist Apparu. Je voudrais appeler l'attention de mes collègues sur le fait que si l'on taxe au premier euro, sans franchise, toutes les indemnités de licenciement seront concernées.

Par ailleurs, il convient de rester raisonnable. Il est impératif d'avoir une action déterminée en direction des parachutes dorés. Toutefois, comme le rapporteur vient de le souligner, un certain nombre de cadres supérieurs perçoivent des indemnités de licenciement relativement fortes, correspondant à leur niveau de rémunération. On ne va pas les taxer sous prétexte de lutter contre les parachutes dorés ! Il faut trouver un seuil de taxation acceptable, et il me semble que celui d'1 million d'euros en est un.

Mme Marisol Touraine. J'entends l'argument qui consiste à dire que si l'on prélève les cotisations à compter du premier euro, des salariés qui ne touchent pas de fortes indemnités vont se trouver pénalisés. Toutefois, je serais curieuse de connaître le montant moyen des indemnités de licenciement, car je serais étonnée qu'il se situe dans cet ordre de grandeur. S'il s'agissait de préserver les indemnités

de licenciement des cadres, nous pourrions comprendre qu'on instaure une franchise ; mais, dans ce cas, elle devrait porter sur les 40 000 premiers euros ! Les Français auraient déjà du mal à l'admettre, mais nous pourrions l'expliquer. Cette somme d'un million, dans le contexte actuel, c'est de la provocation ! Vous avez entamé une démarche, pourquoi n'allez-vous pas jusqu'au bout ?

M. Patrick Roy. Si l'on compare ce qui se dit en commission et ce qui se dit dans les médias, on ne voit que trois possibilités : soit Nicolas Sarkozy est un menteur ; soit il est sincère, mais il ne sait pas ce que font ses propres troupes à l'Assemblée ; soit la droite tient un double langage.

Les arguments techniques de M. Apparou viennent d'être réfutés par Marisol Touraine.

Rendez-vous compte : 1 million d'euros, c'est pratiquement un siècle de SMIC !

M. le président Pierre Méhaignerie. Aucun gouvernement ne peut faire abstraction de l'environnement international. Aux députés Yves Fréville et Adrien Zeller qui, en 1991, demandaient le plafonnement des niches fiscales, le gouvernement socialiste de l'époque avait répondu que cela serait fait dans le prochain budget. Il n'en a rien été, car aucun gouvernement ne peut s'abstenir de comparer la situation de la France à celle des autres pays. J'espère que la convergence de vues entre les États-Unis et l'Union européenne nous permettra de faire davantage mais, dans l'intervalle, nous devons agir prudemment et ne pas céder à un populisme facile. Dois-je rappeler l'absence de la Suisse et du Luxembourg à la réunion relative aux paradis fiscaux qui s'est tenue aujourd'hui à Paris ? M. Juncker est pourtant à la fois président de l'Eurogroupe et Premier ministre du Luxembourg...

M. Dominique Tian. Pourquoi regrouper dans un seul amendement des sujets qui n'ont rien de commun ? Que l'on encadre les « parachutes dorés », soit, mais pourquoi remettre en cause dans le même mouvement des mécanismes d'assurance retraite négociés dans les contrats d'embauche ?

M. Yves Bur, rapporteur. L'amendement forme un tout.

M. Georges Colombier. La mesure proposée demandera de grands efforts pédagogiques. Nombre de nos concitoyens auront du mal à comprendre pourquoi on ne peut prélever des charges sociales sur 1 million d'euros, et je crains que l'explication ne soit difficile.

M. Yves Bur, rapporteur. Il faudra faire valoir qu'il s'agit d'indemnités légales et conventionnelles qui n'ont rien d'anormal ni d'exceptionnel car la rémunération de nombreux cadres atteint très vite 200 000 euros, et que nous ne souhaitons pas augmenter leurs contributions car nous sommes dans un monde compétitif.

La Commission adopte cet amendement.

Article 14

Contributions à la charge des entreprises pharmaceutiques

Cet article comporte plusieurs mesures relatives aux contributions des entreprises pharmaceutiques au financement des régimes obligatoires d'assurance maladie.

1. Extension de l'assiette de la clause de sauvegarde (« taux K »)

Le 1^o du I du présent article (**alinéas 1 à 5**) propose d'étendre aux spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des tarifs hospitaliers la clause de sauvegarde instituée pour les médicaments rétrocédés sur le modèle de celle applicable aux spécialités remboursables dispensés en ville.

En effet, le I de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, créé par l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998), assujettit les entreprises exploitant des médicaments remboursables dispensés en officine à une contribution au titre de l'accroissement de leur chiffre d'affaires.

Cette contribution est due lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours d'une année civile, par l'ensemble de ces entreprises au titre des médicaments remboursés – à l'exception des médicaments orphelins – s'est accru par rapport à l'année précédente d'un pourcentage supérieur au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Le montant de cette contribution est établi en fonction du taux de croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables (dit « taux T ») et du taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (dit « taux K »).

Son assiette correspond à la part de ce chiffre d'affaire qui résulte d'une croissance du produit des ventes de médicaments remboursables plus rapide que celle de l'ONDAM. Son taux est progressif par tranches déterminées en fonction du dépassement du « taux K » par le « taux T », conformément au tableau présenté ci-après.

Le produit de cette contribution s'est élevé en 2008 à 344 millions d'euros.

*Calcul de la contribution instituée par l'article L. 138-10
du code de la sécurité sociale*

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K et/ou égal à K + 0,5 point	50 %
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %

Selon l'article L. 138-11 du code de la sécurité sociale, le montant global ainsi calculé est ensuite réparti entre les entreprises redevables selon trois critères :

- le niveau brut du chiffre d'affaires, pour 30 % ;
- la progression du chiffre d'affaires, pour 40 % ;
- les frais de publicité, pour 30 %.

L'article L. 138-12 du même code limite, pour chaque entreprise assujettie, le montant de cette contribution à 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes.

Cependant, en application de l'article L. 138-10 précité, les entreprises ne sont pas redevables de cette contribution si elles ont conclu avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) une convention qui comporte des engagements sur leur chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments concernés, et dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise conventionnelle.

Ainsi, ce mécanisme constitue une clause permanente de sauvegarde permettant aux régimes d'assurance maladie de recouvrer une partie des charges qui résultent pour eux d'une progression excessive du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques qui ne sont pas engagées dans un processus de maîtrise des dépenses par voie de convention avec le CEPS.

L'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005) a complété l'article L. 138-10 précité par un II qui institue un mécanisme identique de clause de sauvegarde pour les spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des médicaments rétrocedés. Selon l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, il s'agit des médicaments que certains établissements de santé sont autorisés à vendre au public et au détail.

Le **1° du I** du présent article vise à étendre ce mécanisme aux spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste, mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, des médicaments onéreux que les caisses d'assurance maladie prennent en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Cette mesure s'explique par la forte croissance des charges qui en résultent pour l'assurance maladie : + 19,2 % en 2006 et + 18,5 % en 2007 selon le rapport de juin 2008 à la commission des comptes de la sécurité sociale.

Le III du présent article propose de fixer au 1er janvier 2010 la date d'entrée en vigueur de cette mesure, conformément à un accord global passé en septembre 2008 entre le CEPS et les entreprises du médicament (LEEM).

2. Modification des modalités de recouvrement de la contribution de certaines contributions dues par les entreprises pharmaceutiques

Les 2° et 3° du I présent article ont pour objet de modifier le calendrier de versement de deux contributions instituées au profit de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de la Haute Autorité de santé (HAS). Il s'agit de :

– la contribution due par les entreprises pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de promotion des médicaments remboursables en ville, prévue par l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale (**alinéas 6 et 7** de l'article 14) ;

– la contribution des entreprises fabricant des dispositifs médicaux au titre de leurs dépenses de promotion de leurs produits, instituée par l'article L. 245-5-1 du même code (**alinéas 8 et 9** de l'article 14).

Les dates limites de versement de ces deux contributions sont fixées au 1^{er} décembre par les articles L. 245-5-1 A et L. 245-5-5 de ce code. Ces versements sont donc tardifs, ce qui pèse sur la trésorerie de la CNAMTS et de la HAS et les prive de visibilité dans l'élaboration de leurs budgets.

Aussi, le 2° et le 3° du I du présent article proposent de réécrire, respectivement, l'article L. 245-5-1 A et le premier alinéa de l'article L. 245-5-5 pour avancer au 1^{er} juin la date limite de versement de la première moitié de ces contributions, leur solde n'étant dû qu'au 1^{er} décembre. Selon l'exposé des motifs de cet article, il s'agit de « *fixer les versements des contributions dues au titre de l'année précédente pour moitié au 1^{er} juin et pour moitié au 1^{er} décembre de l'année suivante* ».

3. Pérennisation du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques

L'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale prévoit une contribution sur le chiffre d'affaires réalisé en France, au cours d'une année civile, par les entreprises pharmaceutiques au titre des médicaments remboursables dispensés en officine et des médicaments rétrocedés. L'article 74 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui a institué cette contribution, en a fixé le taux à 0,6 %.

Le **4° du I (alinéa 10)** du présent article) tend à modifier ce taux au troisième alinéa de l'article L. 245-6 précité pour le porter à 1 %, et précise que ce taux est applicable au chiffre d'affaires réalisé à partir de 2009.

On rappellera que ce taux a déjà été porté, « à titre exceptionnel », à 1,76 % par l'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, puis abaissé à 1 % par l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 et maintenu à ce taux, toujours à titre exceptionnel, par l'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

En effet, l'article 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait déjà proposé de pérenniser ce taux au niveau de 1 %, mais l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement de la commission tendant à préciser le caractère exceptionnel du maintien à 1 % de ce taux. Il s'agissait de ne pas modifier les dispositions issues de la loi précitée du 13 août 2004 en attendant une refonte globale du système de contribution de l'industrie du médicament. Une telle refonte n'ayant pas été entreprise entre-temps, il ne semble pas approprié de revenir sur le caractère exceptionnel de ce taux.

4. Fixation du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde (« taux K »)

Le **II** du présent article (**alinéa 11**) tend à substituer le taux de 1,4 % au taux K mentionné dans les deux tableaux de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, qui fixent :

– pour l'un, le montant de la contribution sur l'accroissement du chiffre d'affaires réalisé par les entreprises pharmaceutiques au titre des médicaments remboursables en ville, instituée par le I de l'article L. 138-10 ;

– pour l'autre, le montant de la contribution sur l'accroissement du chiffre d'affaires réalisé par les entreprises au titre des médicaments remboursables en ville instituée par le II du même article.

Pour les deux cas, l'article L. 138-10 précité dispose que le « taux K » égale le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, arrondi à la décimale la plus proche, tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives.

Toutefois, depuis neuf ans, le niveau du « taux K » était fixé directement par la loi, sans pour autant que soient supprimées les dispositions relatives à la fixation de ce taux figurant à l'article L. 138-10. L'article 29 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a ainsi fixé ce taux à 2 % et les lois de financement de la sécurité sociale successives l'ont porté à 3 % pour 2001 et 2002, puis à 4 % pour 2003 et 3 % pour 2004. L'article 74 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie l'a établi à 1 % pour les années

2005, 2006 et 2007, et il a été porté à 1,4 % pour 2008 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, niveau auquel l'alinéa 11 de l'article 14 propose de le maintenir pour 2009.

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Yves Bur, rapporteur, tendant à maintenir le caractère exceptionnel de la fixation à 1 % du taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques.

M. Yves Bur, rapporteur. J'avais, l'année dernière, déposé un amendement semblable, et le Gouvernement m'avait suivi. Comme l'an dernier, le projet de loi propose de pérenniser ce taux de 1 %. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a fixé ce taux à 0,6 % du chiffre d'affaires des entreprises considérées, mais il est nécessaire de maintenir, cette année encore, le caractère exceptionnel du taux de 1%.

La Commission adopte cet amendement.

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Martine Billard visant à aligner le taux de taxation du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques sur celui des assurances complémentaires santé.

Mme Martine Billard. Si l'on ponctionne les complémentaires santé, et singulièrement les mutuelles, il serait juste de ponctionner les laboratoires pharmaceutiques dans les mêmes proportions.

M. Yves Bur, rapporteur. L'industrie pharmaceutique est déjà ponctionnée, et largement, par trois biais : la contribution sur le chiffre d'affaires, la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments et les remises conventionnelles.

Mme Jacqueline Fraysse. Elle a des réserves !

M. Pierre Morange. La MECSS a adopté, à l'unanimité, le rapport de Mme Catherine Lemorton relatif à *La prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments*. Au nombre des propositions retenues figure celle de simplifier et de stabiliser les taxes affectées à l'assurance maladie pour en finir avec la méthode erratique qui consiste à adapter les prélèvements en fonction des contraintes budgétaires. Une révision globale du dispositif s'impose.

Suivant l'avis de M. Yves Bur, rapporteur, la Commission rejette cet amendement.

La Commission est saisie de deux amendements de M. Jean-Luc Prél tendant à donner une plus grande lisibilité à la taxation de l'industrie pharmaceutique.

M. Jean-Luc Prével. Tous les membres de la MECSS en sont d'accord, il faut stabiliser la taxation du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique en définissant un cadre pluriannuel et en tenant compte du respect des engagements conventionnels.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Chacun pense, comme Mme Lemorton, qu'il convient de clarifier et de stabiliser les dispositions fiscales applicables à l'industrie pharmaceutique, car cette inscription dans la durée participera de l'attrait de notre pays. L'adoption, à l'instant, de l'amendement maintenant le caractère exceptionnel du taux de 1 % de la contribution des entreprises pharmaceutiques sur leur chiffre d'affaires laisse le débat ouvert.

M. Jean-Luc Prével. Ce sens inné de la dialectique force l'admiration mais il faut bien constater que, d'année en année, rien ne bouge.

La Commission rejette ces deux amendements, puis adopte l'article 14 modifié.

Après l'article 14

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Catherine Lemorton portant article additionnel après l'article 14 et tendant notamment à privilégier un mécanisme de baisse de prix plutôt que de remises pour réguler le marché du médicament.

Mme Catherine Lemorton. Persuadés, comme M. Morange, de la nécessité de clarifier un dispositif opaque, nous proposons de mettre fin aux remises quantitatives et de leur substituer un mécanisme unique de baisse de prix. Alors que le montant des remises a quadruplé depuis 2002, l'ONDAM n'a cessé d'être dépassé, ce qui montre que le prix des médicaments n'est pas maîtrisé. De plus, tel qu'il fonctionne, ce système met le comité économique des produits de santé (CEPS) dans une situation inconfortable.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Le système de remises, appliqué dans de nombreux pays, permet de prendre en compte l'effet « volume », il est beaucoup plus simple que ne le serait un mécanisme de baisse des prix et il fonctionne. J'ajoute que la clause de sauvegarde sur le chiffre d'affaires – ou « taux K » – est fixée à 1,4 %, soit un niveau très bas, bien plus bas que les 3,4 % souhaités par l'industrie. Nous devons, comme nous y invite la MECSS, réfléchir à une refonte du système global, mais c'est d'une rare complexité, en particulier parce qu'il faut tenir compte des médicaments innovants. Peut-être le groupe d'études sur le médicament se penchera-t-il sur la question.

La Commission rejette cet amendement.

Article 15

**Augmentation du tarif des droits indirects sur les alcools
par rattrapage annuel de l'inflation**

Le présent article tend à revaloriser chaque année les tarifs des droits indirects sur les alcools du taux de croissance de l'indice des prix hors tabac de l'avant-dernière année.

1. Les droits sur les alcools

Régis par le code général des impôts mais aussi par le code de la sécurité sociale, les droits indirects sur les alcools varient selon les produits assujettis.

Le tarif du droit de consommation sur les vins doux naturels, vins de liqueur et autres produits intermédiaires, tels que définis respectivement aux articles 417, 417 *bis* et 401 du code général des impôts (article 402 *bis* du code général des impôts), est actuellement fixé, par hectolitre, à 54 euros pour les vins doux naturels et vins de liqueur et à 214 euros pour les autres produits. Ces montants sont inchangés depuis 1993.

Le droit de consommation sur le rhum et autres alcools, tels que définis respectivement par le règlement (CE) n° 1576-89 du Conseil et à l'article 401 du code général des impôts (article 403 du code général des impôts), est assorti d'une allocation en franchise ou d'une réduction d'impôt à hauteur de 10 litres. Son tarif est actuellement fixé, par hectolitre d'alcool pur, à 835 euros dans la limite de 90 000 hectolitres par an pour le rhum produit dans les départements d'outre-mer et à 1 450 euros pour les autres produits. Ces montants sont inchangés depuis 1996.

Le tarif du droit de circulation sur les vins et cidres, tels que définis aux articles 434 et 435 du code général des impôts, est actuellement fixé, par hectolitre, à 8,4 euros pour les vins mousseux, à 3,4 euros pour les autres vins et à 1,2 euro pour les cidres, poirés, hydromels et les jus de raisin légèrement fermentés dénommés « pétillants de raisin » (article 438 du code général des impôts). Ces montants sont inchangés depuis le 1^{er} février 1982.

Le tarif du droit spécifique sur les bières et boissons non alcoolisées, telles que définies par référence à la nomenclature du tarif des douanes, est actuellement fixé, par hectolitre, à 1,3 euro par degré d'alcool pour les bières dont le titre alcoométrique est compris entre 0,5 et 2,8 % en volume et à 2,6 euros au-delà (article 520 A du code général des impôts), et à 0,54 euro pour les eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées, ainsi que pour les boissons gazéifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 % en volume d'alcool, livrées à titre onéreux ou gratuit en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits. Trois tarifs dérogatoires sont prévus pour les bières de plus de 2,8 % en volume produites par les petites

brasseries indépendantes, croissant en fonction de l'importance de leur production. Ces montants sont inchangés depuis 1996.

Par ailleurs, les boissons dites « premix » font l'objet d'une taxe perçue au profit de la CNAM dès lors qu'elles présentent un titre alcoométrique acquis de plus de 1,2 % en volume et inférieur à 12 % en volume (article 1613 *bis* du code général des impôts). Le tarif est fixé à 11 euros par décilitre d'alcool pur. Ce montant est inchangé depuis 2005, étant précisé que le produit de cette taxe, qui a ainsi atteint son objectif de santé publique, est nul.

Enfin, une cotisation perçue sur les boissons alcooliques de plus de 25 % en volume (articles L. 245-7 et suivants du code de la sécurité sociale). Son tarif est actuellement fixé à 0,13 euro par décilitre ou fraction de décilitre. Ce montant est inchangé depuis 1985, sachant qu'à la création de cette cotisation par l'article 26 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, il avait été fixé à 1 franc (soit un peu plus de 0,15 euro).

Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'ensemble des droits sur les alcools est affecté au panier fiscal compensant les pertes de recettes résultant des exonérations générales de cotisations sociales patronales (réduction « Fillon »), en vertu des 2° à 5° du II de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. Toutefois, la cotisation sur les alcools est actuellement affectée au Fonds CMU et le sera à la CNAM, en vertu de l'article 12 du présent projet de loi, à compter de 2009.

Le produit de ces droits a évolué comme suit depuis 1983 :

Produit des droits sur les alcools (1983-2009)

(en millions d'euros)

	1983	1988	1993	2003	2008	2009
Produits intermédiaires	–	–	–	142	105	100
Alcools	1 398	1 532	1 682	1 883	2 020	2 051
Vins, poirés, cidres et hydromels	151	137	131	123	110	105
Bières	n.d.	n.d.	168	375	385	385
Alcools > 25 % en volume	–	n.d.	n.d.	379	421	430
Total	1 549	1 669	1 981	2 902	3 041	3 071

Source : Direction générale des douanes et droits indirects

2. L'indexation des droits

Le rendement de ces droits progresse de façon assez peu dynamique (+ 5,8 % entre 2003 et 2009), tant en raison de l'évolution de la consommation d'alcool que de la stagnation des tarifs. Or pour des raisons de santé publique, il faut éviter que le poids réel de la fiscalité sur ces produits s'effrite année par année sous l'effet de l'inflation.

Afin de remédier à cette situation, le présent article, par son **I** pour les droits régis par le code général des impôts et par le **2° de son II** pour la cotisation

sur les alcools de plus de 25 % en volume, introduit, pour chacune des cinq taxes concernées, un relèvement, chaque année au 1^{er} janvier, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il décrit les modalités d'arrondi du tarif à l'issue de son relèvement et en prévoit la publication au *Journal officiel* par arrêté du ministre chargé du budget.

Les tarifs de ces cinq taxes seront donc revalorisés le 1^{er} janvier 2009 du montant de la hausse des prix de 2007, soit 1,5 %. Le tableau ci-après précise le surcroît de recettes attendu à ce titre :

***Recettes supplémentaires résultant de
l'indexation des tarifs (2009)***

(en millions d'euros)

Produits intermédiaires	1
Alcools	5
Vins, poirés, cidres et hydromels	1,1
Bières	2
Alcools > 25 % en volume	6
Total	15

Source : Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique

Cette mesure permettrait à la sécurité sociale, sous réserve de la non-modification du panier de recettes affecté à la compensation des allègements généraux, de bénéficier de taxes dont l'évolution serait plus en phase avec la dynamique de ces allègements, même si, jusqu'à ce jour, le panier fiscal s'est révélé suffisant.

Toutefois, l'essentiel de cette modeste augmentation du produit profitera indirectement en 2009 à la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles. En effet, s'il est le bénéficiaire du relèvement des droits, le panier fiscal des allègements généraux cède par ailleurs 10,4 % des droits de circulation sur les vins et cidres (1^o du II du présent article), ainsi que le prévoit l'article 16 du présent projet de loi, soit un montant d'environ 15 millions d'euros.

Alors que l'ensemble du présent projet de loi tend à simplifier les circuits de financement passablement complexes de notre système de sécurité sociale, le rapporteur s'interroge sur la nécessité de remettre en cause, pour un montant minime, une architecture qui, depuis 2006, se caractérise par sa rare simplicité : l'ensemble des droits sur les alcools relevant du code général des impôts est affecté au panier fiscal des allègements généraux.

Une autre solution permettrait pourtant, dans une totale neutralité, de clarifier l'affectation des ressources aux différents régimes, et ce, en affectant l'intégralité du produit des droits sur les alcools au régime agricole. Outre le souci de faire bénéficier ce régime d'une recette devenue plus dynamique grâce à l'indexation introduite par le présent article et non dépourvue de lien avec

l'activité de ses ressortissants, cette solution aurait pour intérêt, selon le rapporteur, de prolonger l'effort de simplification à l'œuvre dans le présent projet de loi. Elle se déroulerait selon le schéma suivant :

– affectation intégrale des droits alcools au régime des non-salariés agricoles, permettant de remplacer intégralement la fraction des droits sur le tabac actuellement affectée à la branche vieillesse et plus de la moitié de la fraction de ces droits actuellement affectée à la branche maladie, par amendement à l'article 55 du projet de loi de finances pour 2009 ;

– compensation de la perte, pour le « panier fiscal » des allègements généraux et pour la CNAM, au moyen d'une majoration à due concurrence des fractions du droit de consommation sur les tabacs qui leur reviennent.

Le rapporteur propose donc de supprimer l'affectation de 10,4 % des droits de circulation sur les vins et cidres à la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles. Corrélativement, il déposera un amendement à l'article 55 du projet de loi de finances modifiant la clef de répartition du droit de consommation sur les tabacs.

Enfin, le rapporteur estime que dans l'esprit du présent article, il convient d'envisager un rattrapage, même partiel, de l'inflation constatée depuis que les tarifs des droits sur les alcools n'ont pas été réévalués. Il souhaite qu'un effort en ce sens soit accompli en ce qui concerne les alcools forts, dont la consommation est la plus nuisible, notamment chez les jeunes. La hausse de l'indice des prix à la consommation hors tabac depuis 1983, année de la précédente augmentation du montant de la cotisation sur les alcools de 25° (actuellement affectée au Fonds CMU), ayant été de l'ordre de 90 %, son ajustement à hauteur de 23 % permettrait de rattraper le quart de l'inflation constatée et rapporterait environ 80 millions d'euros.

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Michel Lezeau tendant à supprimer l'article 15.

M. Michel Lezeau. L'article 15 doit être supprimé car il fait peser une charge supplémentaire sur la viticulture, dont on sait les difficultés. Outre que la disposition proposée est contraire à la position défendue par la France en 2006 au niveau communautaire, elle est particulièrement malvenue pour les vins, seuls produits agricoles taxés à 19,6 %.

M. Yves Bur, rapporteur. Je comprends la préoccupation exprimée par notre collègue, mais je rappelle que la dernière augmentation des tarifs des droits indirects applicables aux produits intermédiaires date de 1993 et que, pour les vins, la dernière hausse remonte à 1983. Par ailleurs, nous attendons 1 million d'euros de cette mesure au titre des vins, un montant qui ne me semble pas devoir

mettre la viticulture française en péril. L'ensemble de la taxation sur les alcools rapportera 15 millions de plus en 2009, et elle évoluera en fonction de l'inflation.

M. Bernard Perrut. Je comprends qu'il faille trouver des recettes supplémentaires, mais l'application de cette mesure ne pourrait-elle être repoussée ? Certes, les montants en cause ne sont pas très importants, mais la viticulture française connaît une passe difficile. De plus, l'effet de l'augmentation sera inéquitable : les grandes maisons supporteront sans mal la disposition, mais ce ne sera pas le cas de tous les vignerons. Chacun le sait, le vin consommé avec modération est bon pour la santé.

D'autre part, ce n'est pas ainsi que l'on doit s'attaquer à la consommation excessive de vin et d'alcool, mais par la prévention.

M. Jean-Marie Le Guen. Je crois me souvenir que les salaires des vendangeurs sont, par dérogation, exonérés de cotisations sociales, ce qui ne me paraît pas être le cas pour les cueilleurs de fruits et de légumes.

M. le président Pierre Méhaignerie. Les mêmes dispositions valent pour tous les travailleurs saisonniers. Elles ont été étendues à la filière des fruits et légumes à la suite d'un rapport rendu par M. Jacques Le Guen.

M. Christian Paul. On se croirait revenu aux belles heures de la défense du privilège des bouilleurs de cru. Alors que le budget de la sécurité sociale va dériver de plusieurs milliards, doit-on épiloguer sur de tels amendements ?

M. Denis Jacquat. Évitions un amalgame malvenu – je rappelle que les bouilleurs de cru ne se battaient pas contre une taxe, mais pour continuer d'exister.

M. Yves Bur, rapporteur. La viticulture est un secteur d'une importance économique certaine, mais il faut relativiser les choses.

Avis défavorable à l'amendement, d'autant plus que la mesure proposée coûtera 0,05 centime par litre.

La Commission rejette cet amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Yves Bur, rapporteur, tendant à préserver la clarté de l'affectation des droits sur les alcools.

M. Yves Bur, rapporteur. L'amendement s'inscrit dans un ensemble d'amendements tendant à affecter tous les droits sur les alcools au régime des non-salariés agricoles, qui bénéficiera ainsi d'une assiette plus dynamique. Corrélativement, un amendement à l'article 55 du projet de loi de finances pour 2009 garantira la neutralité de l'opération en modifiant la clé de répartition du droit de consommation sur les tabacs.

La Commission adopte cet amendement, puis adopte l'article 15 ainsi modifié.

Article 16

Suppression du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles et intégration financière à la Caisse nationale d'assurance maladie de la branche maladie du régime de protection sociale des non-salariés agricoles

Conformément aux engagements pris par le Gouvernement à l'occasion de l'examen du précédent projet de loi de financement de la sécurité sociale, le présent article, en corrélation avec l'article 27 du projet de loi de finances pour 2009, apporte des solutions au lancinant problème du financement de la protection sociale des non-salariés agricoles.

Avant de présenter l'ensemble de la réforme proposée, le rapporteur rappellera les principales caractéristiques de ce régime, renvoyant, s'agissant plus particulièrement de la situation du FFIPSA, à ses commentaires sur les articles 1^{er} et 3.

1. Le régime de protection sociale des non-salariés agricoles

La gestion du régime des salariés agricoles est, pour toutes les branches, financièrement intégrée dans le régime général qui assure son équilibre ; pour les non-salariés, cette situation ne vaut que pour les prestations familiales. Par ailleurs, le risque accidents du travail s'auto-équilibre par ses cotisations. En revanche, les branches maladie et vieillesse souffrent d'insuffisances de financement résultant notamment du déséquilibre démographique du régime.

Au 1^{er} juillet 2008, le régime des exploitants agricoles comptait en effet, au titre de la vieillesse, 548 871 cotisants pour 1 727 698 bénéficiaires de droit direct et 77 227 bénéficiaires de droit dérivé. La branche maladie est financée par 470 056 cotisants actifs et 894 326 cotisants retraités, auxquels s'ajoutent 382 031 ayants droit.

La protection sociale agricole

La protection sociale agricole se compose de deux régimes : un qui s'adresse aux salariés agricoles et qui est en réalité le régime général des salariés, l'autre aux exploitants agricoles. Ces deux régimes sont gérés par la même organisation, la mutualité sociale agricole. La confusion fréquente entre l'organisation gestionnaire et les régimes gérés conduit à qualifier l'ensemble de « régime agricole ».

Dans sa globalité, le régime agricole est un des trois grands régimes obligatoires de sécurité sociale gérés par des réseaux de caisses, personnes morales dotées de l'autonomie financière.

La mutualité sociale agricole (MSA) présente trois particularités principales :

– elle gère à la fois des salariés et des non-salariés ;

– elle est la seule organisation à gérer l'ensemble des risques au profit de ces deux populations : elle verse les prestations d'assurance maladie, d'assurance vieillesse, d'accidents du travail et les prestations familiales et elle recouvre les cotisations correspondant à ces risques. Ses missions s'étendent même à des activités situées en dehors de la sécurité sociale [...]. Cette fonction de « guichet unique » est adaptée à la spécificité des milieux agricoles et à la dimension du régime ;

– enfin, elle est en concurrence avec les mutuelles et les sociétés d'assurance pour la gestion des risques maladie et accidents du travail.

La protection sociale agricole est placée sous la tutelle principale du ministère de l'agriculture, le ministère chargé de la sécurité sociale étant cependant contresignataire des textes ainsi que de la convention d'objectifs et de gestion qui lie l'État à la MSA. Les textes applicables sont placés dans le code rural qui reproduit souvent ceux du code de la sécurité sociale en les adaptant aux particularités du monde agricole.

La protection sociale agricole tend au fil des années à perdre de sa spécificité. Les salariés agricoles bénéficient des prestations et supportent les cotisations du régime général : leur gestion par les caisses de MSA est donc à juste titre financièrement intégrée dans les comptes du régime général.

Source : Communication de la Cour des comptes à la commission des affaires sociales du Sénat (janvier 2007) sur la protection sociale agricole

Hors transferts d'équilibre, la situation des branches maladie et vieillesse apparaît donc structurellement déficitaire.

Comptes du régime des exploitants agricoles hors transferts d'équilibre (2006-2008)

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008
Maladie, maternité, invalidité, décès			
<i>Produits nets</i>	6 298	6 012	6 054
<i>Charges nettes</i>	7 172	7 278	7 484
<i>Solde</i>	– 874	– 1 266	– 1 430
Vieillesse			
<i>Produits nets</i>	8 325	8 048	8 032
<i>Charges nettes</i>	8 996	9 118	9 256
<i>Solde</i>	– 671	– 1 070	– 1 224
Toutes branches			
<i>Produits nets</i>	15 025	14 481	14 624
<i>Charges nettes</i>	16 625	16 918	17 335
<i>Solde</i>	– 1 600	– 2 437	– 2 709

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2008)

Les recettes contributives (cotisations et CSG) n'atteignent pas 20 % du montant total des produits, la Cour des comptes ayant, à plusieurs reprises, souligné que cette situation résultait pour partie de spécificités en matière de taux aussi bien que d'assiette.

Produits du régime des exploitants agricoles (2006-2008)

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008
Cotisations et CSG	2 976	2 954	3 115
Impôts et taxes affectés	5 608	5 163	5 138
Compensations	5 561	5 474	5 387
Prise en charge de prestations	1 017	1 078	1 132
Contribution d'équilibre du FFIPSA	1 378	2 218	2 572
Autres produits	1 000	1 141	1 252
Total	17 540	18 028	18 596

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2008)

Différents mécanismes de solidarité (affectation de recettes fiscales, compensations, prise en charge de prestations) viennent donc contribuer à l'équilibre des comptes. C'est également la vocation du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), qui, suite à la mise en œuvre de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, a succédé en 2005 au budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA). Aux termes de l'article L. 731-1 du code rural, sa mission consiste en effet à assurer le financement des prestations sociales des non-salariés agricoles. Les recettes et dépenses du FFIPSA sont retracées dans les comptes d'un établissement public national à caractère administratif dénommé « établissement de gestion du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles », soumis au contrôle de l'État.

Contribution d'équilibre du FFIPSA (2006-2008)

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008
Maladie	735	1 186	1 390
Vieillesse	643	1 033	1 183
Toutes branches	1 378	2 218	2 572

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2008)

Pour ce qui est de la maladie, les prestations en nature sont celles du régime général. À la différence d'autres régimes de non-salariés, celui des exploitants agricoles ne sert pas de prestations en espèces (indemnités journalières) en cas d'arrêt pour maladie. La structure de la consommation de soins témoigne du vieillissement de la population affiliée et de sa prépondérance dans des zones de moindre densité en médecine de ville : la moitié des dépenses provient des établissements d'hospitalisation ou médico-sociaux.

Pour ce qui est de la vieillesse, l'évolution du rapport démographique explique les difficultés du régime. La retraite de base comprend deux prestations :

– la retraite forfaitaire, liquidée à taux plein pour les exploitants agricoles âgés de 60 à 65 ans et ayant eu une carrière complète (au même sens que dans le régime général), est égale à l'allocation des vieux travailleurs salariés (AVTS) ;

– la retraite proportionnelle est fonction du nombre de points acquis par le chef d'exploitation au cours de sa carrière et de la valeur du point actualisée chaque année du même taux que les autres pensions de la sécurité sociale.

S'y ajoutent, depuis 1990, une retraite complémentaire facultative par capitalisation et, depuis 2002, une retraite complémentaire obligatoire par répartition, gérée par la MSA.

2. La réforme du financement de la protection sociale agricole

Le présent article procède à la suppression du FFIPSA et à l'intégration financière au régime général de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles.

a) La suppression du FFIPSA

Le FFIPSA n'est pas explicitement supprimé, mais la réécriture, par le **4^o du I** du présent article, de l'ensemble des articles du code rural portant sur les ressources du régime de protection sociale agricole (section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre VII) entraîne de fait sa disparition.

La mutualité sociale agricole conserve ses missions de recouvrement des cotisations et de gestion des prestations des non-salariés agricoles (article L. 731-1 du code rural). Elle est chargée de la gestion et du service des prestations sociales, de la gestion des participations et contributions mises à la charge du régime ainsi que du recouvrement des contributions et cotisations correspondantes et de la gestion de la trésorerie des différentes branches. Par « participations et contributions », il faut entendre, comme jusqu'à présent pour le FFIPSA, respectivement la participation aux régimes complémentaires obligatoires, laquelle, en toute rigueur, se situe pourtant hors du champ de cet article, et les contributions au financement du régime de sécurité sociale des étudiants ainsi que du régime obligatoire des praticiens et auxiliaires médicaux.

En outre, l'article L. 731-5 du code rural précise explicitement que la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pourra recourir à des ressources non permanentes. De ce fait, c'est à elle que l'article 30 assigne le respect d'un plafond d'emprunts de trésorerie.

La CCMSA se voit en outre confier de nouvelles compétences. Le **2^o du I** prévoit qu'à l'image des caisses nationales du régime général, le conseil central d'administration sera désormais saisi pour avis de tout projet de loi ou de tout

projet de mesure réglementaire ayant des incidences sur les régimes obligatoires de protection sociale des salariés et des non-salariés des professions agricoles, sur l'action sanitaire et sociale ou sur l'équilibre financier de ces régimes (article L. 723-12 du code rural, qui ne vise actuellement que les projets de loi de financement de la sécurité sociale). Ces avis devront être motivés et rendus dans des délais que fixera un décret en Conseil d'État.

Le conseil pourra également faire toutes propositions de modification de nature législative ou réglementaire dans son domaine de compétence. Le Gouvernement devra transmettre au Parlement les avis rendus sur les projets de loi et les propositions de modification de nature législative et faire connaître dans un délai d'un mois les suites qu'il réserve aux propositions de modification de nature réglementaire.

En raison de l'intégration financière de la branche maladie (*cf. infra*), le conseil de la CNAM, comme le conseil d'administration de la CCMSA, sera également saisi des mesures ayant un impact financier sur cette branche du régime des exploitants agricoles, par application de l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale.

Le 1^o et le 3^o du I prévoient que conformément aux conclusions du conseil de modernisation des politiques publiques du 11 juin 2008, la protection sociale agricole relèvera conjointement du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Par construction, le comité de surveillance du FFIPSA (article L. 731-2 actuel du code rural), composé notamment de membres du Parlement, de représentants des organisations professionnelles agricoles représentatives ainsi que de représentants de la mutualité sociale agricole, et dont la présidence était confiée à un membre du Parlement, est amené à disparaître. C'est pourquoi l'exposé des motifs du présent article envisage une réforme de la composition et des missions du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles (CSPSA), institué par le décret n° 64-862 du 3 août 1964 (articles R. 721-1 et suivants du code rural). En effet, l'existence du BAPSA puis du FFIPSA traduisant, au-delà de mécanismes budgétaires et financiers, une forte spécificité, il apparaît souhaitable que soit ainsi assuré le bon fonctionnement d'une instance de discussion et d'orientation de la protection sociale et agricole.

Par ailleurs, l'article 27 du projet de loi de finances pour 2009 transfère à l'État la dette contractée au nom du FFIPSA jusqu'au 31 décembre 2008, soit un montant estimé à 7,5 milliards d'euros (4 milliards d'euros au titre de la maladie et 3,5 milliards d'euros au titre de la vieillesse). Ce nouvel effort de l'État fait suite à la reprise de la dette du BAPSA, effectuée par l'article 117 de la loi de finances rectificative pour 2005 et par l'article 83 de la loi de finances rectificative pour 2007, respectivement à hauteur de 2,5 milliards d'euros et de 618,7 millions d'euros. Il se fera sous la forme d'une substitution de débiteur dans les ouvertures de crédits à court terme consenties, par voie de convention, par les établissements

bancaires au nom du FFIPSA. Cette opération, conduite par l'Agence France Trésor pour le compte de l'État, sera immédiatement suivie du remboursement de ces lignes de trésorerie par l'État.

Le **IV** du présent article prévoit que les droits et obligations du FFIPSA et de l'établissement de gestion de ce fonds seront transférés, à compter du 1^{er} janvier 2009, à la CCMSA. Les droits et obligations du FFIPSA proprement dit se rapportent aux opérations techniques, tandis que ceux de l'établissement public, seul à avoir la personnalité morale, incluent les charges de fonctionnement.

Ce transfert sera effectué à titre gratuit et ne donnera lieu ni à imposition ni à rémunération. Un décret en Conseil d'État en précisera les modalités d'application, notamment les conditions dans lesquelles un service de liquidation permet de clôturer les opérations financières et comptables du fonds au titre de l'année 2008 et le transfert des opérations afférentes aux exercices 2008 et antérieurs est neutre pour les comptes de la CNAM.

Selon les informations communiquées au rapporteur, la neutralité de l'opération de transfert pour les comptes de la CNAM exige que l'intégralité des opérations afférentes aux exercices 2008 et antérieurs soit couverte par des ressources, soit du FFIPSA (produits à recevoir), soit nouvelles. Ce principe s'imposera au décret en Conseil d'État susmentionné. Le montant de la reprise de dette prévue en loi de finances initiale sera également déterminé afin de permettre cette bonne couverture et par conséquent le transfert à la CCMSA d'un fonds de roulement suffisant pour 2009.

La rédaction relative au service de liquidation est volontairement large de façon à ne pas préempter certains choix d'ordre technique qui devront être effectués pour assurer la transition dans les meilleures conditions. Il a été indiqué au rapporteur que le liquidateur serait principalement chargé de l'établissement des comptes et serait doté à ce titre d'un petit budget de fonctionnement. À cet égard, il convient de préciser dans la loi que c'est l'établissement de gestion, et non le FFIPSA, dépourvu de la personnalité morale, qui est liquidé.

Enfin, les **5°** et **6° du I** ainsi que le **III** procèdent aux coordinations rendues nécessaires, respectivement dans le code rural et dans le code général des impôts, par la suppression du FFIPSA.

b) L'intégration financière de la branche maladie au régime général

Cette opération se fait bien entendu sans modification des droits pour les intéressés. La nouvelle rédaction de l'article L. 731-4 du code rural montre bien qu'à l'égard de la branche maladie du régime des non-salariés agricoles, la CNAM jouera le même rôle qu'à l'égard la branche maladie du régime des salariés ou que la CNAF à l'égard de la branche famille des non-salariés agricoles.

Le **II** introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 134-11-1 qui prévoit que la CNAM retracera en solde, au titre du régime

d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles, dans les comptes de la branche maladie, maternité, invalidité et décès, la différence entre les charges et les produits afférents aux prestations servies aux bénéficiaires de ce régime. Elle versera une dotation afin d'assurer l'équilibre de la branche maladie.

La neutralité du transfert est en principe assurée par l'affectation de nouvelles ressources à la CNAM, effectuée par l'article 27 du projet de loi de finances pour 2009 : le produit de la taxe sur les véhicules de société (article 1010 du code général des impôts), qui bénéficie actuellement, pour 50,57 %, au panier fiscal compensant l'exonération des heures supplémentaires et, pour le reste, au budget de l'État, sera désormais intégralement versé à la CNAM.

Le produit de cette taxe serait de l'ordre de 1,2 milliard d'euros en 2009, venant équilibrer le déficit prévisionnel. Mais il faudra ensuite faire face à la dégradation tendancielle des comptes de la branche maladie, même ralentie par l'évolution démographique du régime des non-salariés agricoles, d'autant que le rendement de la taxe sur les véhicules de société évolue de façon modérément dynamique (+ 1,5 % en 2008, + 2,2 % en 2009), quoique encore supérieure à celui du droit de consommation sur les tabacs (considéré comme stable en euros courants). En 2010, avec des prestations en hausse et une progression de la taxe sur les véhicules de société limitée à 1,8 %, le déficit atteindrait ainsi 84 millions d'euros.

Le taxe sur les véhicules de société présente en outre la caractéristique de n'être versée qu'en décembre, de telle sorte que le profil de trésorerie de la CCMSA s'en ressentira : bien qu'équilibrée fin 2009, elle n'en sera pas moins contrainte d'emprunter durant la presque totalité de l'année. C'est pourquoi l'article 30 du présent projet de loi fixe son plafond d'autorisation d'emprunt à 3,2 milliards d'euros.

Les ressources de la branche maladie seront désormais énumérées à l'article L. 731-2 du code rural. Aux ressources communes à l'ensemble des régimes (cotisations sociales, CSG, contributions sur les médicaments) ainsi qu'au versement de compensation, aux subventions du Fonds spécial d'invalidité et au remboursement de la CNSA s'ajoutent des ressources spécifiques, héritées du FFIPSA :

– une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs (article 575 du code général des impôts), que l'article 55 du projet de loi de finances pour 2009 fixe à 29,13 % ;

– le produit de la taxe sur les véhicules de société, de la taxe spéciale sur les huiles végétales, fluides ou concrètes (article 1609 *vicies* du code général des impôts) et de la taxe sur les farines, semoules et gruaux de blé tendre (article 1618 *septies* du code général des impôts).

**Produits de la branche maladie du régime
des non-salariés agricoles (2006-2008)**

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008
Cotisations sociales et CSG	1 685	1 704	1 788
Impôts et taxes affectés	3 104	2 856	2 861
Compensations	1 338	1 290	1 244
Prise en charge de prestations	569	636	684
Contribution d'équilibre	735	1 186	1 390
Autres produits	577	650	666
Total	8 008	8 322	8 633

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2008)

c) Une réforme à poursuivre pour la branche vieillesse

Au 4^o du I, l'article L. 731-3 énumère les ressources de la branche vieillesse. Celles-ci sont inchangées – cotisations, fraction du droit de consommation sur les tabacs (fixée à 23,23 % par l'article 55 du projet de loi de finances pour 2009), versement de compensation, contribution du FSV – à l'exception de l'affectation de 10,4 % du produit du droit de circulation sur les vins et cidres, résultant de l'article 15 du présent projet de loi (*cf. supra*).

**Produits de la branche vieillesse du régime
des non-salariés agricoles (2006-2008)**

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008
Cotisations sociales	1 077	1 045	1 091
Droit de consommation sur les tabacs	2 505	2 307	2 277
Compensations	4 223	4 184	4 143
Prise en charge de prestations	448	442	448
Contribution d'équilibre	643	1 033	1 183
Autres produits	194	227	230
Total	9 090	9 238	9 372

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2008)

Le rapporteur rappelle qu'il est favorable à ce que la clarté de l'affectation des droits sur les alcools soit maintenue, s'interrogeant sur la nécessité de remettre en cause pour 15 millions d'euros seulement une architecture qui s'était enfin simplifiée.

Au-delà, le rapporteur ne peut que constater que les ressources de la branche vieillesse, privées de la contribution d'équilibre du FFIPSA, ne suffiront pas en l'état à couvrir la charge des prestations : dès lors, de nouveaux déficits

vont apparaître dès 2009 (1,4 milliard d'euros) puis croître au cours des prochains exercices. Avec une stabilité des prestations, résultant de l'évolution contraire du nombre de ressortissants et de la valeur des pensions, mais une stabilité du produit du droit sur les tabacs et une baisse des versements de compensation, le déficit dépasserait 1,5 milliard d'euros dès 2010, pour un montant cumulé de près de 3 milliards d'euros.

Le présent article constitue, malgré une conjoncture difficile, une première étape importante de la réforme de la protection sociale des non-salariés agricoles. Nul doute que le Gouvernement continuera de tenir ses engagements et ne tardera donc pas à proposer rapidement les mesures qui permettront de passer à la seconde étape de cette réforme, indispensable à l'équilibre de la protection sociale agricole.

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Yves Bur, rapporteur, tendant à améliorer la clarté des financements de la sécurité sociale.

M. Yves Bur, rapporteur. Il s'agit d'éviter les financements croisés en affectant la totalité des droits sur les alcools au régime des non-salariés agricoles.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Dominique Tian tendant à transférer à l'État la charge de la subvention d'équilibre à la branche maladie du régime des exploitants agricoles.

*Suivant l'avis du rapporteur, la Commission **rejette** l'amendement.*

La Commission est ensuite saisie d'un amendement de M. Yves Bur, rapporteur, tendant à affecter des droits sur les alcools à la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement vise à clarifier les circuits financiers des droits sur les alcools.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Yves Bur, rapporteur, visant à préciser que c'est l'établissement de gestion du FFIPSA, et non le FFIPSA lui-même, qui fait l'objet de la liquidation.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 16 ainsi modifié.*

Article additionnel après l'article 16

Suppression de l'exonération de cotisations sociales au titre des accidents du travail pour les contrats de professionnalisation

La Commission examine un amendement du rapporteur visant à mettre fin à l'exonération des cotisations au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les contrats de professionnalisation.

M. Yves Bur, rapporteur. Il faut inciter toutes les entreprises à mener une politique de prévention des accidents quelle que soit la forme du contrat de travail – y compris dans le cadre de la mise en place d'actions de professionnalisation conclues par les groupements d'employeurs – comme le prévoyait d'ailleurs le PLFSS pour 2008 avant qu'un amendement au PLF n'introduise une exonération ciblée.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

Article 17

Mesures relatives aux régimes agricoles

Le présent article comprend diverses mesures relatives aux régimes agricoles, qui peuvent être regroupées autour de trois thèmes.

1. L'inscription dans la loi du principe d'annualité des cotisations en cas de cessation d'activité des chefs d'exploitation en cours d'année

En vertu de l'article R. 731-57 du code rural, les cotisations dues par les non-salariés agricoles qui relèvent respectivement du régime des prestations familiales, de celui de l'assurance maladie, maternité, invalidité et de celui de l'assurance vieillesse sont fixées pour chaque année civile. Pour le calcul de ces cotisations, la situation des exploitants agricoles est appréciée au premier jour de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues. Dès lors, au moment de la cessation d'activité, ils sont redevables de cotisations pour l'année entière, même si cette cessation d'activité intervient en cours d'année. De même, ceux qui débutent leur exploitation ne sont pas redevables de la cotisation pour l'année où ils s'installent.

Or, plusieurs arrêts⁽¹⁾ de la Cour de cassation ont remis en cause l'application de ce principe d'annualité des cotisations et contributions sociales des non-salariés agricoles en cas de cessation d'activité en cours d'année, considérant que ces cotisations et contributions devaient être calculées au prorata de la durée d'activité.

(1) *CMSA du Rhône c/ Claron (11 septembre 2002), Bouchez c/ CMSA de l'Oise (31 mai 2006), Aballea c/ CMSA du Finistère (11 octobre 2006).*

Ces arrêts rendant indispensable une clarification de la règle applicable, un projet de décret modifiant l'article R. 731-57 du code rural afin de conforter ce principe d'annualité a été soumis à l'avis du Conseil d'État, mais celui-ci a estimé que seule une loi pouvait énoncer un tel principe.

Le 1° du présent article insère un nouvel article L. 731-10-1 dans le code rural. Il reprend, dans son premier alinéa, la rédaction de l'article R. 731-57 et précise explicitement, dans son deuxième alinéa, qu'en cas de cessation d'activité au cours d'une année civile, le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole est tenu au paiement des cotisations au titre de l'année civile entière.

Toutefois, en cas de décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, le dernier alinéa de l'article L. 731-10-1 du code rural ouvre une dérogation pour les héritiers redevables des cotisations appelées au nom de la personne décédée. Mais il prévoit également que le conjoint survivant peut opter pour l'application du principe d'annualité au calcul des cotisations d'assurance vieillesse.

De fait, le maintien du principe d'annualité pour les cotisations d'assurance vieillesse peut présenter un intérêt pour les femmes ayant élevé un ou plusieurs enfants. Les points de retraite proportionnelle accordés au cours de la dernière année d'assurance revêtent en effet une certaine importance, puisqu'en application de l'article D. 732-48 du code rural, ils constituent la base de la majoration de la durée d'assurance pour enfant. Or en cas de proratisation à la date du décès du chef d'exploitation, ces droits se trouveraient réduits. En outre, le dernier alinéa de l'article L. 732-41 du code rural prévoit que si le chef d'exploitation ou d'entreprise est décédé avant d'avoir demandé la liquidation de sa pension de retraite, le conjoint survivant continuant l'exploitation peut, pour le calcul de sa pension de retraite, ajouter à ses annuités propres celles qui ont été acquises par le défunt.

2. Le régime social des stagiaires en exploitation agricole

Le 2° du présent article introduit dans le code rural un article L. 741-10-4 qui vise à transposer au régime des salariés agricoles la franchise de cotisations et contributions de sécurité sociale applicable aux rémunérations versées aux stagiaires en entreprise (article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale introduit par l'article 10 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances).

Cette franchise ne s'applique qu'à la fraction de la gratification qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond horaire de la sécurité sociale et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré. Pour le régime général, la franchise de cotisations est fixée à 12,5 % du plafond horaire de la sécurité sociale et l'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 en a écarté la compensation aux régimes de sécurité sociale. De même, l'article 22 du présent projet de loi dispose que la nouvelle réduction de cotisations inscrite à l'article L. 741-10-4 du code rural ne sera pas compensée.

Les stagiaires ouvrant droit à cette réduction de cotisations sont soit élèves des établissements d'enseignement technique et de formation professionnelle agricoles (1° de l'article L. 751-1 du code rural), soit élèves et étudiants d'autres établissements effectuant auprès d'un employeur relevant du régime agricole un stage dans les conditions définies à l'article 9 de la loi du 31 mars 2006 précitée (8° de l'article L. 751-1 du code rural, introduit par le 5° du présent article, qui étend à ces stagiaires la liste des personnes assujetties à l'assurance obligatoire au titre des accidents du travail).

À l'image de ce que l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale fait pour le régime général, le 6° du présent article, modifiant l'article L. 751-8 du code rural, exclut cette seconde catégorie de stagiaires du bénéfice d'une indemnité en capital prévu à l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale.

3. La suppression de l'exonération de cotisations d'accidents du travail pour les travailleurs occasionnels et les demandeurs d'emploi

L'embauche de travailleurs occasionnels et de demandeurs d'emploi ouvre droit à l'application d'un dispositif de réduction de taux des cotisations patronales (article L. 741-16 du code rural), y compris pour les cotisations dues au titre des accidents du travail et maladies professionnelles (article L. 751-18 du code rural).

Or l'objectif poursuivi ces dernières années consiste à responsabiliser les employeurs, notamment en supprimant la part des exonérations ciblées de cotisations sociales portant sur les accidents du travail et maladies professionnelles, comme l'a fait l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, qui a par ailleurs introduit un principe d'interdiction de toute exonération ciblée partielle ou totale de cotisations d'accidents du travail. Si le rapporteur entend faire en sorte que cette disposition trouve son pendant dans le régime agricole, des taux réduits n'en continuent pas moins à s'appliquer.

En abrogeant l'article L. 751-18 du code rural, le 7° du présent article supprime la part relative aux accidents du travail de l'exonération prévue à l'article L. 741-16 du code rural. Le 3° procède à une coordination consécutive à cette abrogation et le 4° procède à une rectification de référence à laquelle il n'avait pas été procédé suite à l'entrée en vigueur nouveau code du travail.

*

La Commission adopte l'article 17 sans modification.

Article 18

Prise en charge des frais de transport domicile-travail

Le présent article étend la prise en charge dont les salariés peuvent bénéficier au titre des déplacements qu'ils effectuent entre leur domicile et leur travail.

1. La prise en charge existante

Le droit en vigueur comprend à la fois des dispositifs de nature obligatoire et facultative.

a) Une prise en charge obligatoire pour les transports publics en Île-de-France

Remplaçant le mécanisme de la prime de transports en région parisienne institué en 1970, un nouveau système de prise en charge a été mis en place par la loi n° 82-684 du 4 août 1982 relative au financement des transports publics urbains et des chèques-transport, désormais codifiée aux articles L. 3261-1 et suivants du code du travail.

L'employeur, y compris du secteur public, situé à l'intérieur de la zone de compétence de l'autorité organisatrice des transports dans la région d'Île-de-France prend en charge, dans une proportion déterminée par voie réglementaire, le prix des titres d'abonnements souscrits par ses salariés pour leurs déplacements accomplis au moyen de transports publics de personnes, entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail.

L'article R. 3261-1 du code du travail précise que cette prise en charge se fait à hauteur d'au moins 50 %. Elle est limitée aux parcours compris à l'intérieur de la zone de compétence de l'autorité organisatrice des transports en Île-de-France. La Cour de cassation (Civ1, 14 décembre 2005, n° 05-10951), définit le critère de résidence habituelle « *comme le lieu où l'intéressé a fixé, avec la volonté de lui conférer un caractère stable, le centre permanent ou habituel de ses intérêts* ». Quant au lieu de travail, il peut être défini comme le lieu où le salarié exécute habituellement sa prestation de travail. En général le lieu de travail est fixe, et fixé par le contrat de travail (Soc., 3 juin 2003, n° 1605), mais tel n'est pas le cas pour tous les salariés : certains n'ont pas de lieu de travail ou sont amenés à régulièrement se déplacer. Ces cas seront réglés par voie réglementaire (article D. 3261-12 du code du travail).

Selon les estimations communiquées au rapporteur, 1 400 000 salariés bénéficieraient du dispositif, soit un coût de 390 millions d'euros pour les entreprises, ainsi que 200 000 fonctionnaires bénéficiaires, soit un coût de l'ordre de 55 millions d'euros pour les employeurs publics.

Assimilable à un remboursement de frais professionnels, cette prise en charge est exonérée d'impôt sur le revenu (*a* du 19^{ter} de l'article 81 du code général des impôts) et exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale par la circulaire DSS/SDFSS/5B/N°2003/07 du 7 janvier 2003 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 10 décembre 2002 relatif à l'évaluation des avantages en nature en vue du calcul des cotisations de sécurité sociale et de l'arrêté du 20 décembre 2002 relatif aux frais professionnels déductibles pour le calcul des cotisations de sécurité sociale.

b) Une prise en charge facultative pour tous les modes de transport sur l'ensemble du territoire

• S'agissant des *transports publics*, l'article L. 3261-4 du code du travail prévoit qu'en dehors de l'Île-de-France, l'employeur peut prendre en charge tout ou partie du prix des titres d'abonnement souscrits par ses salariés pour leurs déplacements au moyen de transports publics de personnes entre leur résidence et leur lieu de travail. Cette prise en charge est exclue de l'assiette des cotisations sociales.

Si l'exposé des motifs du présent article est en mesure d'indiquer avec précision que 17 700 000 personnes se déplacent quotidiennement pour se rendre à leur travail et « *parcourent, en moyenne quotidienne individuelle, 52 kilomètres* », aucune évaluation ne semble en revanche pouvoir être fournie du nombre de bénéficiaires de la prise en charge des abonnements de transports publics hors d'Île-de-France.

• S'agissant des *autres modes de transport*, les indemnités kilométriques versées aux salariés qui utilisent leur véhicule personnel sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale dans la limite :

– des barèmes kilométriques fiscaux lorsque le salarié est contraint d'utiliser son véhicule pour se rendre au travail ;

– du coût de l'abonnement aux transports collectifs en cas d'utilisation du véhicule par convenance personnelle.

L'employeur doit justifier du moyen de transport utilisé par le salarié, de la distance séparant le domicile du lieu de travail, de la puissance fiscale du véhicule et du nombre de trajets mensuel. Le salarié doit attester qu'il ne transporte pas dans son véhicule d'autres personnes bénéficiant d'indemnités kilométriques.

• Par ailleurs, les articles 69 et 70 de la loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié et portant diverses dispositions d'ordre économique et social ont créé le *chèque-transport*. L'objectif était d'inciter les entreprises à participer davantage au coût des transports supportés par les salariés pour l'accomplissement des trajets domicile-lieu de travail.

Bénéficiant d'une exonération de charges sociales et fiscales, ce dispositif facultatif permet à l'employeur de participer soit au coût des titres d'abonnement de transport collectif, soit aux dépenses de carburant des salariés ne pouvant utiliser un mode collectif de transport en raison d'horaires particuliers de travail. L'article L. 131-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit qu'il ne peut être cumulé avec d'autres mécanismes d'exonérations liées aux remboursements de frais de transport domicile-lieu de travail, notamment le dispositif de prise en charge des abonnements de transports publics en Île-de-France.

À ce jour, bien que l'ensemble des textes d'application aient été pris et que quatre émetteurs (*Domiserve, Chèque-déjeuner, Accor* et *Sodexo*) aient été habilités par l'Agence nationale des services à la personne, aucun chèque-transport n'a été émis. Par conséquent, l'évaluation de la mise en œuvre du dispositif qui, au plus tard au 31 décembre 2008, devait associer les organisations d'employeurs et de salariés représentatives au plan national et interprofessionnel, en application de l'article 71 de la loi du 30 décembre 2006, est devenue sans objet.

Selon les informations communiquées au rapporteur, cet échec tient à la difficulté rencontrée par les émetteurs pour constituer un réseau d'accepteurs (distributeurs de carburant et transporteurs), car le chèque-transport va à l'encontre de leur politique actuelle de réduction des coûts et d'optimisation de leur trésorerie. Elle s'explique également par le fait qu'aucune publicité n'a véritablement été organisée autour de ce dispositif et que l'introduction d'un nouveau titre de paiement est génératrice de frais à la fois pour les employeurs et pour les accepteurs, les employeurs devant verser aux émetteurs des commissions pour l'émission des titres et les accepteurs pour leur remboursement.

2. De nouvelles modalités de prise en charge

Elles consistent à la fois en l'extension du dispositif obligatoire existant en matière de transports publics et en la création d'un nouveau dispositif facultatif de prise en charge des frais de transports individuels.

a) L'extension de la prise en charge obligatoire des abonnements de transports publics

Le **3° du I** étend à l'ensemble du territoire l'obligation de prise en charge par l'employeur du prix des titres d'abonnements souscrits par ses salariés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail accomplis au moyen de transports publics de personnes, jusqu'alors limitée à l'Île-de-France (article L. 3261-2 du code du travail).

Selon les informations communiquées au rapporteur, cette extension aurait un coût total de l'ordre de 300 millions d'euros correspondant à 40 millions d'euros pour les employeurs publics, au titre des 200 000 fonctionnaires bénéficiant de la mesure, de 200 millions d'euros pour les entreprises, au titre des 1 500 000 salariés bénéficiaires, et de 60 millions d'euros pour les finances publiques. En effet, s'y appliqueront les dispositions susmentionnées du *a* du 19^{°ter} de l'article 81 du code général des impôts et de la circulaire du 7 janvier 2003 respectivement pour les exonérations fiscales et sociales, y compris au titre de la part facultative (dépassant 50 % du prix du titre d'abonnement).

La nouvelle rédaction de l'article L. 3261-5 du code du travail prévoit qu'un décret en Conseil d'État déterminera les modalités de cette prise en charge, notamment pour les salariés ayant plusieurs employeurs et les salariés à temps partiel, ainsi que les sanctions pour contravention aux dispositions de l'article L. 3261-2. Pour le dispositif en vigueur en Île-de-France,

l'article D. 3261-11 prévoit que le salarié à temps partiel employé pour un nombre d'heures égal ou supérieur à la moitié de la durée légale hebdomadaire ou conventionnelle, si cette dernière lui est inférieure, bénéficie d'une prise en charge équivalente à celle d'un salarié à temps complet. En revanche, le salarié à temps partiel employé pour un nombre d'heures inférieur à la moitié de la durée du travail à temps complet bénéficie d'une prise en charge calculée à due proportion du nombre d'heures travaillées par rapport à la moitié de la durée du travail à temps complet, compte tenu de la période de validité du titre.

Le 6° du I de l'article 22 du présent projet de loi prévoit que les pertes de recettes résultant du nouveau dispositif ne seront pas compensées aux organismes de sécurité sociale, mais il faut avoir à l'esprit qu'il remplace et étend une exemption d'assiette antérieure à 2004, et donc non compensée, pour la seule région d'Île-de-France.

b) La prise en charge facultative des frais de transports individuels

Pour les salariés qui ne peuvent recourir aux transports en commun, le **3° du I** crée un nouveau dispositif de prise en charge des frais de transports personnels, qui se substitue au chèque-transport. Il ouvre la faculté pour l'employeur de prendre en charge tout ou partie des frais de carburant engagés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail par leurs salariés (nouvelle rédaction de l'article L. 3261-3 du code du travail). Les salariés éligibles sont :

– ceux dont la résidence habituelle ou le lieu de travail est situé en dehors d'un périmètre de transports urbains défini par l'article 27 de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs. De ce point de vue, l'Île-de-France n'étant pas couverte par un périmètre de transports urbains, il conviendra de le préciser explicitement dans le texte ;

– ceux pour lesquels l'utilisation d'un véhicule personnel est rendue indispensable par des conditions d'horaires de travail particuliers ne permettant pas d'emprunter un mode collectif de transport.

De même que pour le chèque-transport, le bénéfice de cette prise en charge ne peut être cumulé avec la prise en charge obligatoire au titre des transports collectifs.

Une nouvelle rédaction de l'article L. 3261-4 du code du travail en définit les modalités de mise en œuvre.

Dans les entreprises où sont constituées une ou plusieurs sections syndicales d'organisations représentatives (article L. 2242-1 du code du travail), il est conclu un accord entre l'employeur et les représentants de ces organisations. Afin de réduire l'impact sur l'environnement des déplacements entre le domicile et le travail, il est prévu que lors de la négociation, l'employeur propose de mettre en place, en liaison avec les autorités organisatrices de transports compétentes, un

plan de mobilité destiné à favoriser l'utilisation des transports en commun et le covoiturage.

Conformément à l'article 28-1 de la loi d'orientation des transports intérieurs, tout plan de déplacements urbains doit encourager les entreprises et les collectivités à établir un plan de mobilité ou plan de déplacements d'entreprises (PDE). Fin 2006, les aides accordées à l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) pour l'élaboration de tels plans avaient permis l'engagement de 250 démarches de PDE. Dans l'attente de la prochaine évaluation des PDE que l'ADEME doit lancer prochainement, on peut estimer que le nombre de 500 PDE est atteint. En outre, en vertu de l'article 6 du décret n° 2006-1663 du 22 décembre 2006, les services de l'État situés dans les agglomérations de plus de 100 000 habitants ont l'obligation d'établir dans un délai de deux ans un plan de déplacements d'administrations (PDA).

Dans les autres entreprises, il suffit d'une décision unilatérale de l'employeur, prise après consultation du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel s'il en existe.

Le **1° du I** inclut donc les modalités de prise en charge par l'employeur des frais de transports des salariés parmi les éléments que la négociation de branche annuelle sur les salaires doit examiner en application de l'article L. 2241-2 du code du travail. De même, le **2° du I** inclut ce thème parmi ceux sur lesquels doit porter la négociation annuelle obligatoire à l'échelon de l'entreprise en vertu de l'article L. 2242-8 du code du travail.

Le nouveau dispositif met fin à la faculté que l'article L. 3261-10 du code du travail ouvrait au comité d'entreprise d'apporter une contribution financière, dans le cadre du chèque-transport. Le décret d'application susmentionné, prévu dans la nouvelle rédaction de l'article L. 3261-5 du code du travail, déterminera également les modalités particulières d'application aux salariés ayant plusieurs employeurs et les salariés à temps partiel.

Comme pour le chèque-transport, la prise en charge des frais de carburant engagés par le salarié n'est pas soumise à l'impôt sur le revenu et est exonérée de cotisations et contributions sociales, et ce dans la limite de 200 euros par an. L'exonération d'impôt sur le revenu résulte de la nouvelle rédaction du *b* du 19^{°ter} de l'article 81 du code général des impôts (**II** du présent article). L'exonération des contributions sociales en découle, par le renvoi au revenu visé au *b* du 19^{°ter} de l'article 81 du code général des impôts effectué au 3[°] du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale. Enfin, l'exonération des cotisations sociales résulte du **1° du III**, qui donne une nouvelle rédaction à l'article L. 131-4-1 du code de la sécurité sociale. Celle-ci entraîne une coordination au sein du code de la sécurité sociale, prévue au **2° du III**, mais qui doit faire l'objet d'une rectification.

L'évaluation du coût de ce dispositif pour les finances publiques communiquée par le Gouvernement au rapporteur se monte à 40 millions d'euros. Elle est fondée sur une hypothèse de 800 000 salariés bénéficiaires, soit une proportion de 22 %, identique à celle des salariés bénéficiant de titres-restaurant. Pour sa part, l'ACOSS indique que le Gouvernement avait évalué à 220 millions d'euros la perte de recettes résultant du chèque-transport, et ce pour un remboursement de frais de carburant qui était plafonné à 100 euros ; elle considère donc que la perte de recettes pourrait s'élever à 350 millions d'euros environ.

Le 1° du I de l'article 22 du présent projet de loi prévoit que les pertes de recettes résultant du nouveau dispositif ne seront pas compensées aux organismes de sécurité sociale, alors même que le chèque-transport devait l'être, les lois de finances pour 2007 et 2008 ayant d'ailleurs prévu respectivement 10 millions d'euros et 16 millions d'euros à ce titre.

Le rapporteur salue le souci d'équité de cet article mais s'interroge sur sa pertinence, compte tenu de ce qu'il serait préférable de favoriser le salaire direct et de ce que les prix du pétrole ont baissé de façon significative depuis que ce dispositif a été conçu.

*

La Commission est saisie de deux amendements visant à supprimer l'article 18, l'un présenté par M. Yves Bur, rapporteur, l'autre par M. Dominique Tian.

M. Yves Bur, rapporteur. Au lieu de multiplier les niches sociales, il convient de privilégier le salaire direct des salariés. De plus, nombre d'entre elles contribuent déjà à verser des indemnités aux salariés pour les transports. Enfin, l'accroissement de la prise en charge du coût des transports par les entreprises ne permettra en rien de résoudre les difficultés des salariés.

M. Dominique Tian. Non seulement nous ne devons pas contribuer à accroître les charges des entreprises, mais – paradoxe absurde – c'est l'État qui est tout de même le principal bénéficiaire des taxes sur l'essence.

Mme Catherine Lemorton. C'est ubuesque de vous entendre parler ainsi alors que le projet sur les revenus du travail ne vise en rien à accroître le salaire direct des salariés.

M. Roland Muzeau. L'exposé des motifs de cet amendement fait valoir que les prix du pétrole ont baissé ; or, comme il n'est pas possible d'en dire autant des prix des carburants, les frais de transport des salariés ne bénéficiant pas de modes de transport collectif ne feront qu'augmenter.

Il est par ailleurs risible de prétendre vouloir privilégier le salaire direct après avoir défendu un texte comme celui sur les revenus du travail.

Mme Jacqueline Fraysse. L'article 18 concernant également les transports publics, sa suppression serait par ailleurs contradictoire avec les objectifs du Grenelle de l'environnement. J'ajoute qu'il est assez curieux de prétendre défendre le salaire direct lorsque l'on connaît la politique du Gouvernement.

M. Patrick Roy. Vous tenez en effet un double langage en affirmant, d'une part, ne pas vouloir augmenter les salaires et en voulant, d'autre part, supprimer cet article au nom de la valorisation du salaire direct.

M. Benoist Apparu. Je m'oppose à ces deux amendements car il me semble judicieux de maintenir le projet initial du Gouvernement visant à inciter les employeurs à mieux prendre en charge les frais de transport des salariés.

M. le président Pierre Méhaignerie. J'ai cosigné l'amendement du rapporteur car, comme le précise le dernier rapport du Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale (CERC), l'augmentation des prestations indirectes au détriment du salaire direct est problématique, une telle évolution continuant de « *tirer vers le bas la part du revenu individuel immédiatement disponible au profit du revenu socialisé* ».

De plus, sur quinze pays européens, la France se situe au troisième rang en ce qui concerne le coût horaire du travail et au onzième s'agissant du salaire net – nous délivrons en effet 3,5 fois plus de prestations indirectes que la moyenne des autres pays européens. Notre compétitivité, en particulier par rapport à l'Allemagne, en pâtit sensiblement.

Par ailleurs, il convient d'ajouter à la feuille de paie du salarié le treizième mois, l'intéressement, la participation ou, encore, le chèque restaurant.

Enfin, outre que les entreprises consacrent jusqu'à 1,8 point de cotisations aux frais de transport, ce sont surtout les salariés des zones rurales et isolées devant prendre leur voiture pour aller travailler qui devraient bénéficier d'une telle aide.

M. Roland Muzeau. Pourrait-on disposer d'une étude d'impact de la suppression de l'article 18 ?

M. Yves Bur, rapporteur. Cela représenterait une économie de 60 millions pour les finances sociales.

M. Patrick Roy. Ce Gouvernement s'opposant à toute régulation du salaire direct comment, à moins d'être hypocrites, pouvez-vous tenir de tels propos ?

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est le gouvernement actuel et celui qui l'a précédé qui ont augmenté le plus rapidement le SMIC. Je rappelle, de plus, que c'est la social-démocratie, en Allemagne, qui a fortement plafonné les

salaires et a permis ainsi à ce pays de reprendre des parts de marché. Enfin, la période où les salaires ont le plus baissé dans notre pays se situe entre 1982 et 1983.

M. Jean-Marie Le Guen. Il est assez inexact de prétendre que nos problèmes de compétitivité par rapport à l'Allemagne résulteraient exclusivement du coût du travail. Nous savons fort bien que nos PME et PMI sont trop petites, que notre positionnement dans les niveaux de gammes de plusieurs produits est problématique et que nous privilégions les produits de consommation sur les machines-outils.

M. le président Pierre Méhaignerie. J'ai simplement rappelé notre rang : troisième pour le coût du travail, onzième pour le salaire net. J'insiste : nos prestations indirectes sont 3,5 fois plus élevées que la moyenne européenne.

M. Jean-Marie Le Guen. Dans la période de crise que nous traversons, nous allons au devant de graves problèmes si vous continuez à raisonner ainsi. Nous ne sommes quant à nous en rien opposés à une meilleure productivité des dépenses sociales, au contraire, mais ce n'est pas ce que vous faites : le salaire indirect n'est pas l'ennemi du salaire direct.

M. Jean Mallot. L'argumentation de M. le rapporteur et de M. le président serait recevable s'ils défendaient un autre amendement augmentant le salaire direct. Tel n'est pas le cas.

M. Dominique Tian. Je rappelle tout de même que les entreprises participent déjà au financement des transports des salariés en Île-de-France et que l'extension d'une telle mesure à la France entière coûterait plusieurs milliards.

M. Jacques Domergue. L'article 18 se justifiait par des raisons conjoncturelles liées à l'augmentation du coût de l'énergie et des transports. Je rappelle, en outre, que le prix du litre de gazole est aujourd'hui de 1,10 euro environ contre 1,50 euro il y a quelques semaines. Enfin, il importe surtout de continuer à promouvoir le développement des transports en commun.

M. Roland Muzeau. On se moque des Français ! Alors que le Président de la République et le Premier ministre se sont fortement engagés en matière d'aide au transport, il n'en est aujourd'hui plus question !

M. le président Pierre Méhaignerie. Il s'agit simplement d'un amendement appelant à orienter les politiques futures.

M. Jean-Marie Le Guen. Non seulement il n'est pas possible de laisser entendre que la participation des entreprises au financement des transports de salariés ne serait pour elles qu'une charge, mais je rappelle que le Président de la République a en effet considéré que les efforts en faveur des transports en commun n'étaient pas suffisants en Île-de-France. Je ne doute donc pas que les entreprises seront sollicitées, et pas seulement les collectivités locales.

M. Patrick Roy. L'impact réel de la baisse du pétrole est bien plus réduit qu'on ne l'estime d'ordinaire en raison de la baisse de l'euro.

*La Commission **adopte** ces deux amendements.*

*La Commission **supprime** donc l'article 18.*

Article 19

Sécurité juridique des cotisants

Le présent article vise à améliorer la sécurité juridique des cotisants en s'appuyant sur certaines recommandations du rapport présenté au Gouvernement en juillet 2008 par un groupe de travail présidé par M. Olivier Fouquet, président de section au Conseil d'État. Le rapport fixait trois orientations principales pour la sécurisation juridique en matière de cotisations et contributions sociales : stabiliser la norme, sécuriser les relations avec les URSSAF et prévenir les abus.

La sécurisation des relations avec les URSSAF passe par l'amélioration de l'opposabilité des décisions explicites prises par les organismes de recouvrement consultés par les cotisants dans le cadre de procédures formelles ou informelles.

Ces prises de position sont formelles dans le cadre du rescrit social, prévu à l'article L. 243-6-3 du code de la sécurité sociale. Le présent article étend l'application du mécanisme aux filiales d'un même groupe.

Cependant, les entreprises préfèrent souvent au rescrit les procédures de consultation dites « informelles ».

Dans le cadre de ces consultations informelles, il arrive qu'une entreprise se trouve confrontée à des interprétations contradictoires pour ses établissements qui relèvent de différents organismes de recouvrement. Une procédure d'arbitrage de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a ainsi été prévue pour accorder ces interprétations. Le présent article étend le recours à cette procédure d'arbitrage aux filiales d'un groupe.

L'opposabilité de ces décisions informelles, à identité des situations de fait et de droit, a été admise par une jurisprudence constante de la Cour de cassation⁽¹⁾. Cependant, aucun texte législatif ne prévoit l'opposabilité des décisions prises par une URSSAF devant une autre URSSAF ; le présent article vise à inscrire dans la loi cette opposabilité.

L'amélioration de la sécurité juridique des cotisants passe également par la clarification du cadre juridique de l'abus de droit introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

(1) Voir notamment *Cass. Soc.* 12 mars 1972 et 15 mars 1973.

Le présent article, se fondant sur les propositions du rapport Fouquet, précise la définition de l'abus de droit, organise le recours au comité consultatif pour la répression des abus de droit et prévoit un régime de sanction adapté.

Par ailleurs, afin de renforcer le dispositif de répression du travail dissimulé mis en place ces dernières années, il est proposé d'instaurer une responsabilité subsidiaire et solidaire entre une filiale et la société-mère ou holding en cas d'infraction de travail dissimulé constatée, à l'égard du paiement des cotisations et contributions sociales, ainsi que des majorations et pénalités liées à l'infraction.

1. Sécuriser les cotisants dans leurs relations avec l'administration : vers une meilleure opposabilité des décisions des organismes de recouvrement

a) L'extension du recours au rescrit pour les groupes

L'ordonnance n° 2005-651 du 6 juin 2005 relative à la garantie des droits des cotisants dans leurs relations avec les organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales a introduit dans le code de la sécurité sociale un article L. 243-6-3 instaurant une procédure de rescrit en matière sociale. Cette procédure rend opposables les décisions explicites prises par les organismes de recouvrement, caisses générales de sécurité sociale ou URSSAF, en réponse aux demandes des cotisants visant à apprécier leur situation au regard de la législation. L'opposabilité des décisions pour l'avenir et devant un autre organisme de recouvrement ne s'applique qu'au seul demandeur, à condition que ni sa situation de fait, ni la législation applicable n'aient connu de modifications. L'organisme concerné, saisi d'une demande, est tenu de répondre dans un délai actuellement fixé par voie réglementaire à quatre mois. Sous le régime de l'ordonnance du 6 juin 2005, cette procédure était réservée à trois domaines de la législation sociale : les cotisations dans une zone géographique définie ; les contributions des employeurs destinées au financement des régimes complémentaires de retraite et de prévoyance ; les mesures réglementaires relatives aux avantages en nature et aux frais professionnels. La loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie étend le champ du rescrit à l'ensemble des exonérations de cotisations et aux exemptions d'assiette à compter du 1^{er} janvier 2009.

Le 3^o du présent article vise à compléter le dispositif du rescrit social en consacrant l'opposabilité des décisions rendues dans le cadre de cette procédure pour les sociétés d'un même groupe. La définition du groupe retenue est fondée sur les critères établis aux articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce. Le groupe inclut ainsi les filiales *stricto sensu* et les sociétés contrôlées. Une société peut dès lors se prévaloir à l'avenir d'une décision explicite rendue en réponse à une demande d'une autre société d'un groupe dont elle fait partie, à condition toutefois que la demande initiale précise ces liens de dépendance ou de contrôle. Cette décision explicite est aussi opposable à un nouvel organisme en cas de changement d'affiliation, à condition qu'elle fasse état de ces liens de dépendance ou de contrôle.

b) Le renforcement de l'opposabilité des décisions prises dans un cadre informel

Malgré les garanties législatives apportées, les entreprises préfèrent encore souvent au rescrit les procédures de consultation dites « informelles », comme le montre le rapport Fouquet. La jurisprudence de la Cour de cassation a reconnu les effets juridiques contraignants des décisions informelles prises par les organismes de recouvrement, lesquelles sont opposables par la suite, l'organisme de recouvrement ne pouvant modifier sa décision que pour l'avenir et après en avoir informé préalablement le cotisant, comme pour le rescrit. Cette opposabilité est ici aussi subordonnée à l'identité des situations de droit et de fait.

Cependant, il résulte d'un arrêt du 29 juin 1995 de la Cour de cassation ⁽¹⁾ que les URSSAF sont des entités juridiquement indépendantes qui ne sont pas liées par leurs décisions respectives. Pour pallier l'insécurité résultant de la possibilité pour une entreprise de se retrouver confrontée à des interprétations contradictoires pour ses établissements relevant de différentes URSSAF, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a introduit dans le code de la sécurité sociale un article L. 243-6-1 prévoyant une procédure d'arbitrage de l'ACOSS. Cette dernière, saisie par l'entreprise, peut demander aux organismes d'adopter une position commune dans un délai d'un mois, et, le cas échéant, se substituer aux organismes pour prendre les mesures nécessaires.

Le 2° du présent article, suivant les recommandations du rapport Fouquet, étend la procédure prévue à l'article L. 243-6-1 aux groupes tels que définis précédemment, afin de donner la possibilité aux filiales d'un même ensemble confrontées à des interprétations contradictoires de leur situation de faire appel à l'arbitrage de l'ACOSS.

Par ailleurs, le 4° du présent article introduit un article L. 243-6-4 qui consacre l'opposabilité des décisions explicites prises par un organisme de recouvrement, même dans un cadre informel, devant un autre organisme, en cas de changement d'implantation géographique de l'entreprise ou de l'un de ses établissements. Cette opposabilité reste naturellement soumise aux conditions d'identité mentionnées précédemment. L'introduction d'une telle disposition, recommandée par le rapport Fouquet, apporte une dérogation au principe d'indépendance des URSSAF rappelé par la chambre sociale de la Cour de cassation dans son arrêt du 29 juin 1995 précité.

2. Prévenir les abus : clarifier le cadre juridique de l'abus de droit et organiser le recours au comité de lutte contre les abus de droit

a) La clarification du cadre juridique de l'abus de droit

L'article 108 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a introduit la notion d'abus de droit en matière de sécurité sociale. Cette procédure,

(1) Cass. Soc. 29 juin 1995.

déjà prévue en matière fiscale à l'article 64 du livre des procédures fiscales, vise à sanctionner les comportements des cotisants qui mettent en œuvre des opérations juridiques ayant pour unique objet d'échapper au paiement des cotisations et contributions sociales. Elle est régie par les dispositions de l'article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale. Cependant, le cadre juridique fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 s'est avéré techniquement imparfait, ce qui a fait obstacle à la mise en œuvre de la procédure.

Le 5° du présent article propose une réécriture de l'article L. 243-7-2 afin de préciser la définition d'un acte constitutif d'un abus de droit. Dans la version en vigueur, il est simplement décrit par son objet, c'est-à-dire l'éviction de tout ou partie du paiement des charges sociales. La définition proposée reprend la rédaction du rapport Fouquet, en intégrant à la fois un critère relatif au but poursuivi par l'auteur, et un critère relatif à l'intention du législateur. L'acte constitutif d'un abus de droit est ainsi soit un acte fictif, soit un acte recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par le législateur, dans le but d'éviter le paiement des charges sociales. Cette définition reprend celle adoptée par la jurisprudence européenne en matière de fraude à la loi ⁽¹⁾.

La nouvelle version proposée de l'article L. 243-7-2 prévoit aussi la mise en œuvre d'un régime de sanction des abus de droit. Dans la version actuelle, il est simplement précisé que les actes constitutifs d'un abus de droit ne sont pas opposables aux organismes de recouvrement. Le 5° du présent article maintient cette inopposabilité, en précisant toutefois qu'elle ne vaut pas si le cotisant a, préalablement à ces actes constitutifs, fait usage des procédures d'arbitrage et de rescrit précédemment décrites, et que l'organisme en charge du recouvrement ou l'ACOSS n'a pas répondu dans les délais requis.

En outre, il est prévu que l'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues. C'était la solution proposée par le rapport Fouquet, en référence au taux maximum de 10 % prévu par le législateur pour sanctionner le travail dissimulé. Le rapport prévoyait aussi que ce taux pourrait être réduit à 10 % si l'intention frauduleuse du cotisant n'était pas établie, mais cette solution n'a pas été retenue par le Gouvernement. La décision de mettre en œuvre cette pénalité sera prise par le directeur de l'organisme chargé du recouvrement, sur le fondement des conclusions de l'inspecteur du recouvrement ayant procédé au contrôle et caractérisé l'abus de droit.

b) L'organisation du recours au comité consultatif pour la répression des abus de droit

La nouvelle écriture de l'article L. 243-7-2 proposée par le 5° du présent article organise en outre le recours au comité consultatif pour la répression des

(1) CJCE 21 février 2006, affaire C-255/02, « Halifax plc » ; CJCE 21 février 2008, affaire C-425/06, « Ministero dell'economia e delle finanze ».

abus de droit prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 en cas de désaccord sur les rectifications apportées par les organismes de recouvrement sur le constat d'un abus de droit. La saisine du comité se ferait toujours à la demande du cotisant ou des organismes chargés du recouvrement, mais ces derniers devraient toutefois obtenir une autorisation préalable de l'ACOSS.

À cet égard, le 1^o du présent article modifie l'article L. 225-1-1 de façon à permettre à l'ACOSS d'autoriser les organismes de recouvrement à saisir le comité des abus de droit.

Les conséquences de l'avis du comité ne changent pas : si l'organisme de recouvrement ne s'y conforme pas, il doit apporter la preuve du bien-fondé de sa rectification, et les avis du comité font l'objet d'un rapport annuel. Le rapport Fouquet proposait par ailleurs de prévoir un renversement de la charge de la preuve devant le juge en cas d'avis du comité favorable à l'organisme de recouvrement ; cette disposition n'a pour l'heure pas été reprise dans le projet de loi.

La nouvelle version de l'article L. 243-7-2 renverra à un décret en Conseil d'État pour le détail des procédures et pour la composition et l'organisation du comité consultatif pour la répression des abus de droit. Le rapport Fouquet préconisait d'établir la composition de la formation du comité en matière sociale selon des règles comparables à celles de la formation en matière fiscale, en garantissant une représentation complète des compétences nécessaires en matière de droit de la sécurité sociale et de droit comptable. Il proposait la composition suivante : deux conseillers d'État, deux conseillers à la Cour de cassation, un expert-comptable, un avocat spécialisé en droit social ou un avocat au Conseil d'État et à la Cour de cassation, et un inspecteur général des affaires sociales. La formation serait présidée par un des conseillers à la Cour de cassation et aurait pour rapporteur un agent de la direction de la sécurité sociale. Deux membres seraient communs aux formations du comité en matière sociale et fiscale. Une autre solution proposée par le rapport consistait en un comité unique avec deux formations, l'une en matière sociale et l'autre en matière fiscale. Selon les informations communiquées au rapporteur, il semblerait que le Gouvernement s'oriente plutôt vers la première configuration.

c) La responsabilité subsidiaire et solidaire du groupe en cas d'infraction de travail dissimulé

Par ailleurs, le 6^o du présent article vise à renforcer la sanction du travail dissimulé en créant une responsabilité subsidiaire et solidaire à l'échelle d'un groupe pour cette infraction.

Une telle disposition fait écho à la priorité donnée par l'État à la lutte contre le travail dissimulé, infraction qui est à l'origine d'un manque à gagner considérable pour les régimes de sécurité sociale, et de distorsions de concurrence

entre les entreprises, celles qui ne déclarent pas ou sous-déclarent leurs salariés pouvant afficher des prix plus compétitifs. La lutte contre le travail dissimulé est ainsi l'une des principales priorités fixées par la convention d'objectifs et de gestion pour 2006-2009 signée entre l'État et l'ACOSS. L'infraction de travail dissimulé est décrite aux articles L. 8221-3 du code du travail pour la dissimulation d'activité, et L. 8221-5 pour la dissimulation d'emploi salarié. La dissimulation d'activité est constituée lorsqu'un travailleur indépendant s'est volontairement soustrait à ses obligations d'immatriculation au répertoire des métiers ou de déclaration aux organismes de protection sociale. La dissimulation d'emploi salarié est constituée lorsque l'employeur s'est intentionnellement soustrait à la déclaration préalable à l'embauche, à la délivrance d'un bulletin de paie ou lorsqu'il a déclaré un nombre d'heures inférieur à celui réellement accompli.

La lutte contre le travail dissimulé est ainsi considérée comme un enjeu essentiel dans le cadre de l'amélioration de l'efficacité de la gestion financière et du recouvrement. À ce titre, l'indicateur n° 5-7 présenté au sein du programme de qualité et d'efficacité « Financement » annexé au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale mesure le taux de redressement des personnes dans le cadre de contrôles ciblés effectués en vue de lutter contre le travail dissimulé.

Dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé, il convenait également de renforcer l'efficacité de la sanction. L'article 112 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré un redressement forfaitaire égal à six fois le SMIC mensuel dès lors qu'un délit de travail dissimulé a été constaté et qu'aucun élément ne permet de connaître la rémunération versée au salarié en contrepartie de l'activité non déclarée par son employeur. La loi a en outre prévu l'annulation des réductions ou exonérations de cotisations ou de contributions sur les sommes dues. Elle a enfin créé une obligation de transmission aux organismes de recouvrement des procès-verbaux de travail dissimulé établis par l'ensemble des corps de contrôle habilités à relever ce délit, de façon que les organismes puissent procéder au recouvrement des sommes dues.

Le présent article vise donc à améliorer encore l'efficacité de la répression du travail dissimulé en créant une responsabilité subsidiaire et solidaire à l'échelle d'un groupe entre une filiale et la société-mère ou holding, à l'égard du paiement des cotisations et contributions, ainsi que des majorations et pénalités dues à la suite de ce constat. La définition retenue pour l'appréciation du groupe est celle détaillée précédemment. Un mécanisme de solidarité financière est déjà prévu dans le cadre du travail dissimulé à l'article L. 122-2 du code de la sécurité sociale, à l'égard des donneurs d'ordre. Si ces derniers ne s'acquittent pas des obligations de contrôle prévues à l'article L. 122-1, ils sont tenus solidairement au paiement des charges de sécurité sociale et des majorations et pénalités, dans la situation où l'entreprise sanctionnée n'est pas en mesure de s'acquitter de sa dette. Cette responsabilité est ainsi transposée à l'échelle du groupe, afin de garantir les

recettes de la sécurité sociale d'une part, et de renforcer le contrôle par les sociétés-mères ou holding sur leurs filiales d'autre part.

*

La Commission est saisie de trois amendements de M. Yves Bur, rapporteur, reprenant des propositions du rapport Fouquet sur la sécurité juridique des cotisants.

M. Yves Bur, rapporteur. Le premier amendement vise à garantir l'unité du contentieux de la sécurité sociale en inscrivant dans la loi la compétence du tribunal des affaires de sécurité sociale pour le contentieux relatif aux arbitrages de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

La Commission adopte cet amendement.

M. Yves Bur, rapporteur. Le deuxième tend à permettre la publication des rescrits anonymisés, comme c'est déjà le cas en matière fiscale.

La Commission adopte cet amendement.

M. Yves Bur, rapporteur. Le troisième précise que, par parallélisme avec la matière fiscale, il convient d'inverser la charge de la preuve devant le juge lorsque l'avis du comité des abus de droit est favorable aux organismes de recouvrement.

La Commission adopte cet amendement.

La Commission adopte deux amendements de M. Yves Bur, rapporteur : l'un destiné à mettre en cohérence les renvois dans le code de la sécurité sociale, l'autre transposant la publication des rescrits dans le code rural.

Elle adopte ensuite l'article 19 ainsi modifié.

Article 20

Assujettissement des revenus distribués excédentaires des travailleurs non salariés non agricoles

Le présent article vise à clarifier les règles d'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus distribués perçus par les travailleurs non salariés non agricoles, gérants majoritaires. Il s'appuie sur les recommandations du rapport de M. Olivier Fouquet paru en juillet 2008. Prenant acte des progrès accomplis en matière de sécurité juridique des travailleurs indépendants avec la mise en place du Régime social des indépendants (RSI) le 1^{er} juillet 2006, le rapport souligne néanmoins les progrès qui restent à accomplir dans ce domaine et propose quelques pistes d'amélioration. Il préconise notamment de clarifier les règles d'assujettissement des dividendes des sociétés d'exercice libéral (SEL) aux cotisations et contributions sociales.

L'assiette des cotisations sociales sur les revenus des travailleurs non salariés non agricoles est définie à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale. Le premier alinéa de cet article précise que ces cotisations sont assises sur le revenu professionnel non salarié, lequel est décrit au deuxième alinéa. Le troisième alinéa intègre les revenus tirés de la location de fonds de commerce à cette assiette. Le présent article reformule et complète cet article L. 131-6 de façon à intégrer une partie des dividendes perçus dans l'assiette des cotisations payées par les travailleurs non salariés non agricoles.

1. Panorama de la situation actuelle : optimisation sociale et insécurité juridique

Les SEL ont été instituées par la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé, afin de permettre aux travailleurs des professions libérales réglementées d'exercer leur activité sous la forme de sociétés de capitaux. Les gérants des SEL peuvent ainsi opter pour l'imposition de leurs bénéficiaires au régime de l'impôt sur les sociétés au lieu de l'imposition sur les revenus au titre des bénéficiaires non commerciaux. Cette marge de manœuvre présente un intérêt pour les gérants en termes d'optimisation de la gestion de l'entreprise. En effet, les gérants peuvent décider de répartir leurs bénéfices entre la rémunération de gérance et le versement de dividendes. Or, ces derniers ne sont pour l'heure pas pris en compte dans le calcul de l'assiette des cotisations sociales déterminé à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale ; ils sont en revanche assujettis à la contribution sociale sur les produits de placement prévue à l'article L. 136-7.

Le rapport Fouquet, se fondant sur les simulations effectuées par le Conseil des prélèvements obligatoires⁽¹⁾, montre qu'une exploitation réalisant 50 000 euros de bénéfices avant prélèvements fiscaux et sociaux, selon qu'elle décide d'en distribuer une plus ou moins grande part sous forme de dividendes, peut réaliser une économie annuelle de près de 3 000 euros sur ses prélèvements sociaux et fiscaux. L'optimisation représente ainsi une perte de recettes significative pour le régime de sécurité sociale des indépendants. Le rapport sur les prélèvements obligatoires des indépendants montre néanmoins qu'il est difficile d'en apprécier l'ampleur, la déclaration d'impôt sur le revenu n° 2042 ne distinguant pas les dividendes perçus par les travailleurs indépendants à l'occasion de leur activité professionnelle de ceux obtenus par la simple possession de valeurs mobilières.

Depuis 1996, trois caisses de retraite de professions libérales réglementées⁽²⁾ ont décidé de réintégrer dans l'assiette des cotisations sociales les

(1) *Rapport sur « Les prélèvements obligatoires des indépendants », Conseil des prélèvements obligatoires, mars 2008.*

(2) *La Caisse nationale des barreaux français (CNBF) dès la création des SEL en 1996, la Caisse d'assurance retraite des chirurgiens-dentistes (CARCD) en 2002 et la Caisse d'assurance retraite des médecins français (CARMF) en 2005.*

dividendes perçus par les avocats, médecins et chirurgiens-dentistes ayant opté pour l'organisation de leur activité sous forme de SEL. Les caisses s'appuyaient sur une jurisprudence de la Cour de cassation⁽¹⁾ selon laquelle l'inclusion d'une rémunération dans l'assiette des cotisations sociales définie à l'article L. 131-6 n'est pas liée à la catégorie de revenus à laquelle cette rémunération est rattachée sur le plan fiscal. Elles considéraient en outre que le groupement en SEL ne remettait pas en cause la nature libérale de l'activité ; la totalité du revenu qui en était tiré était donc de nature professionnelle. Plusieurs recours ont été déposés devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale depuis 1997 contre cette interprétation.

L'insécurité juridique attachée à cette situation résulte du fait qu'il existe un conflit d'interprétation entre la Cour de cassation et le Conseil d'État sur la qualification des dividendes distribués aux gérants majoritaires. Dans son arrêt du 14 novembre 2007 « Association nationale des sociétés d'exercice libéral »⁽²⁾, le Conseil d'État a estimé que « *les dividendes versés aux sociétés d'exercice libéral de médecins ne peuvent être regardés comme des revenus professionnels* ». La juridiction mettait en avant le risque de double imposition aux contributions sociales qui résulte d'une interprétation contraire. Cependant, le 15 mai 2008⁽³⁾, la Cour de cassation a rendu un arrêt prenant le contre-pied de la position du Conseil d'État. Elle recourait à la notion de « *bénéfices distribués* », ce qui lui permettait de considérer certains dividendes comme une rémunération en raison de leur nature professionnelle. Il apparaît ainsi une contradiction radicale entre l'analyse fiscale et l'analyse sociale, porteuse d'une forte insécurité juridique pour les travailleurs indépendants.

2. Présentation du dispositif

Le 1^o du I du présent article modifie l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale. La rédaction du deuxième alinéa est clarifiée par le *a* ; il n'est plus question de revenu professionnel, mais simplement de revenu. Celui-ci est désormais déterminé « *par référence à* » celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu. La rédaction actuelle pouvait en effet sembler un peu ambiguë ; elle faisait mention du revenu professionnel « *retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant les exonérations mentionnées (...)* », pouvant ainsi laisser supposer un renvoi systématique de l'assiette sociale sur l'assiette fiscale. Cette interprétation erronée a été invoquée à plusieurs reprises lors de contentieux récents auprès du Conseil d'État et de la Cour de cassation. Il convenait donc de clarifier le texte.

Le *b* insère un nouvel alinéa après le deuxième alinéa, qui intègre dans le calcul de l'assiette une part des revenus distribués mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par les travailleurs non salariés non

(1) Cour cass. Soc. 14 février 1993, n° 91-14.397.

(2) CE 14 novembre 2007, n° 293642.

(3) Cour Cass. Civ. 15 mai 2008, n° 06-21741.

agricoles. Le critère retenu pour l'assujettissement des dividendes est celui de la gérance majoritaire, et non celui de l'exercice sous forme de SEL qui avait été préconisé par le rapport Fouquet. Cela signifie que les dividendes perçus par les gérants majoritaires de SEL, mais aussi de sociétés anonymes à responsabilité limitée (SARL) de droit commun entrent dans le champ de cette disposition. Les dividendes sont intégrés dans l'assiette des cotisations sociales dès lors qu'ils sont perçus par le travailleur, son conjoint, son partenaire (pacte civil de solidarité) ou ses enfants mineurs non émancipés.

Néanmoins, seule la part de ces dividendes supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission détenus par le travailleur sont pris en compte. Le seuil d'exonération choisi est le même que celui qui existe déjà pour le plafonnement de l'exonération fiscale des produits des titres non cotés détenus dans un plan d'épargne en actions, dispositif prévu au 5° *bis* de l'article 157 du code général des impôts. Cette exonération permet de tenir compte de dividendes qui ne seraient pas le fruit de l'activité professionnelle du travailleur, mais de la rentabilité du capital investi. Celui-ci est apprécié en calculant le montant des apports contenus dans le capital social et des primes d'émission, qu'ils soient détenus en nue-propiété ou en usufruit. L'article renvoie à un décret en Conseil d'État la détermination des apports retenus pour ce calcul. Le montant des dividendes exonérés est donc calculé en appliquant un taux de 10 % au montant ainsi calculé des valeurs mobilières détenues par le travailleur indépendant.

Outre cette exonération, le rapport Fouquet préconisait aussi de pratiquer un abattement de 40 % sur l'assiette des dividendes pris en compte. Cet abattement est déjà pratiqué en matière fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu, afin de tenir compte de l'imposition des dividendes en amont au titre de l'impôt sur les sociétés. Le Gouvernement estime pourtant qu'il n'y a pas lieu de mettre en place un tel « avoir social », les dividendes réintégrés dans l'assiette des cotisations étant déjà calculés après application de l'impôt sur les sociétés.

Les revenus distribués des travailleurs non salariés non agricoles étant intégrés dans l'assiette des cotisations sociales en tant que revenus d'activité, il convient, pour éviter une double imposition, de supprimer les contributions pesant sur ces revenus au titre des revenus du patrimoine. Ces contributions – contribution sociale généralisée (CSG), contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), prélèvement social de 2 % et contribution additionnelle – forment au total un prélèvement de 11 %, contre 8 % sur les revenus d'activité. En vertu de l'article L. 136-3, l'assiette prise en compte pour le calcul de la contribution sociale sur les revenus d'activité est celle de l'article L. 131-6. Les modifications prévues au 1° du I du présent article conduisent donc à intégrer les revenus distribués dans l'assiette de la contribution sociale sur les revenus d'activité.

Le 5° du I du présent article complète logiquement l'article L. 136-7 portant sur la contribution sociale sur les produits de placement en précisant que les revenus de placement ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 précité ne sont pas concernés. Les dividendes versés par les travailleurs

non salariés non agricoles supportent en conséquence la contribution sociale au titre des revenus d'activité et non plus des revenus de placement.

Les 2°, 3°, 4°, 6°, 7°, 8° et 9° du I du présent article tirent les conséquences du dispositif décrit précédemment.

Les 2°, 3° et 9° se contentent de mettre en concordance les renvois en intégrant les modifications apportées par le présent article et par les dispositions de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie qui entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2009, en même temps que le présent article. Ils modifient pour cela les articles L. 131-6-1, et L. 756-5 du code de la sécurité sociale, ainsi que l'article L. 133-6-8 introduit par la loi de modernisation de l'économie.

Le 4° complète l'article L. 136-6 relatif à la contribution sociale sur les revenus du patrimoine pour tenir compte de l'intégration des revenus distribués dans l'assiette de la contribution sociale sur les revenus d'activité.

Le 6° et le 8° modifient les articles L. 642-2, L. 723-5 et L. 723-15 relatifs aux cotisations d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales (L. 642-2) et des avocats (L. 723-5 et L. 723-15), de façon à étendre l'assiette des cotisations aux revenus distribués, par référence au mécanisme introduit dans l'article L. 131-6.

Le 7° applique la nouvelle définition du revenu professionnel donnée par l'article L. 131-6 modifié au calcul de l'assiette des cotisations maladie, maternité et décès du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés définie à l'article L. 722-4. En revanche, les avantages de retraite sont sortis de l'assiette dans la nouvelle rédaction de l'article L. 722-4.

*

La Commission adopte un amendement de M. Yves Bur, rapporteur, tendant à préciser que les dividendes intégrés dans l'assiette des cotisations sociales par l'article 20 le sont en tant que revenus d'activité, et non comme revenus du patrimoine.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Dominique Tian tendant à exonérer pendant cinq ans les créateurs d'entreprises de l'assujettissement à cotisations sociales de leurs dividendes.

M. Yves Bur, rapporteur. Je suis défavorable à cet amendement, qui me semble concerner essentiellement les SARL. Le Gouvernement étudie, conjointement avec M. Fouquet, un dispositif susceptible de mieux prendre en compte la situation des SARL.

M. Dominique Tian. Il s'agit ici de créateurs d'entreprise qui ne se versent pas de salaire et se rémunèrent essentiellement en dividendes, comme les médecins ou chirurgiens exerçant dans le cadre de SEL.

M. Yves Bur, rapporteur. Le recours aux dividendes est de plus en plus souvent une manière d'échapper aux cotisations sociales calculées sur le revenu.

La Commission rejette cet amendement.

Elle rejette également, suivant l'avis du rapporteur, un autre amendement de M. Dominique Tian tendant à appliquer l'exonération proposée par l'amendement précédent même lorsque les dirigeants concernés détiennent plus de 10 % du capital de leur société.

Elle adopte ensuite l'article 20 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 20

Modalités de compensation des allègements généraux de cotisations sociales

La Commission est saisie d'un amendement du rapporteur portant article additionnel.

M. Yves Bur, rapporteur. Cet amendement, relatif à la compensation des allègements généraux de cotisations sociales vise, d'une part, à assurer une répartition équitable des recettes du panier fiscal entre les régimes concernés par les exonérations de cotisations sociales et, d'autre part, à garantir l'adéquation du montant du panier fiscal aux pertes de recettes enregistrées par les régimes sociaux en rendant pérenne la « clause de revoyure » permettant de déterminer ce dont l'État reste redevable aux organismes sociaux et qui, en l'état du droit, ne s'applique qu'aux exercices 2007 et 2008.

La Commission adopte cet amendement.

Article 21

Cotisation d'assurance maladie majorée sur les revenus imposables à l'étranger

Le présent article institue une cotisation d'assurance maladie majorée sur les revenus imposables à l'étranger de personnes affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie français exerçant une activité professionnelle à la fois en France et à l'étranger.

L'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale assujettit à la CSG et, par conséquent, à la CRDS les revenus d'activité et de remplacement :

– des personnes physiques qui sont à la fois considérées comme domiciliées en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie ;

– des agents de l'État, des collectivités locales et de leurs établissements publics à caractère administratif qui exercent leurs fonctions ou sont chargés de

mission hors de France, dans la mesure où leur rémunération est imposable en France et où ils sont à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie.

Si l'un des deux critères – fiscal ou social – d'assujettissement à la CSG et à la CRDS fait défaut, ces contributions ne sont pas dues.

La CSG étant pour partie affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie, elle s'est progressivement substituée aux cotisations. C'est pourquoi l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale maintient des taux majorés pour les personnes non assujetties à la CSG et à la CRDS par application du seul critère fiscal (personnes non domiciliées fiscalement en France) mais qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie sont redevables de la cotisation d'assurance maladie à un taux majoré.

Ces taux sont de 5,5 % (au lieu de 0,75 %) pour les salariés (article D. 242-3 du code de la sécurité sociale) et 12 % (au lieu de 6,5 %) pour les non-salariés (article D. 612-4 du code de la sécurité sociale).

Or il ressort des conventions fiscales internationales conclues par la France en vue d'éviter les doubles impositions que les revenus perçus à l'étranger sont le plus souvent imposables dans le pays où ils sont perçus, les intéressés n'étant imposables en France que sur leurs seuls revenus perçus en France. Ces conventions peuvent s'appliquer à la CSG et à la CRDS, ces contributions étant visées soit expressément, pour les conventions récentes, soit implicitement, pour les plus anciennes, au titre des impôts de nature identique institués après leur signature.

Il peut donc en résulter que les personnes concernées, exerçant leur activité professionnelle en France et à l'étranger et soumises à la législation française de sécurité sociale en application d'accords internationaux (principalement la réglementation communautaire), n'acquittent pas la CSG et la CRDS sur la part de leurs revenus de source étrangère (qui peut représenter un pourcentage important du revenu global) alors qu'elles perçoivent l'intégralité des prestations d'assurance maladie. Or, le règlement (CE) n° 1408/71 du 14 juin 1971 relatif aux régimes de sécurité sociale des travailleurs qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté européenne prévoit qu'un non-salarié relevant d'un régime d'assurance maladie d'un État membre ne peut être également ressortissant d'un régime d'assurance maladie de l'autre État membre dans lequel elle exerce également une partie de son activité professionnelle.

Un arrêt *Derouin contre URSSAF de Paris* de la Cour de justice des Communautés européennes en date du 3 avril 2008 admet l'exclusion de l'assiette de la CSG et de la CRDS des revenus de source britannique non salariés perçus par un avocat résidant et exerçant une activité indépendante en France et par ailleurs membre d'un *partnership* britannique dès lors que la convention fiscale

franco-britannique applicable ne reconnaît pas à la France le droit de rendre ces revenus imposables en France.

Le présent article vise donc à rétablir l'égalité de traitement entre bénéficiaires du régime d'assurance maladie au regard de leur contribution à son financement, en faisant acquitter aux intéressés une cotisation d'assurance maladie assise à des taux particuliers sur la partie de leur revenu non imposable en France. À cette fin, il modifie l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale afin d'étendre aux assurés d'un régime français d'assurance maladie exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention ou d'un accord international, au titre de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1, la cotisation majorée d'assurance maladie applicable aux personnes non domiciliées fiscalement en France mais qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie.

Cette modification trouvera donc à s'appliquer dès lors qu'une convention conclue entre la France et un État membre de l'Union européenne :

– prévoit l'imposition des revenus tirés d'une activité salariée ou non salariée dans le seul pays d'exercice de cette activité ;

– mentionne, explicitement ou non, la CSG et la CRDS parmi les impôts entrant dans son champ d'application.

Il conviendra toutefois de compléter le dispositif par des coordinations, au sein du code rural et du code de la sécurité sociale, auxquelles il n'avait pas été procédé lorsque la LFSS 2004 a donné à l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale, jusqu'alors article L. 131-7-1, le numéro qui est désormais le sien.

Selon les données fournies par l'URSSAF de Paris, principal gestionnaire des comptes en cause, cette mesure porterait sur 350 ressortissants du RSI, pour un rendement de 5 millions d'euros (soit près de 15 000 euros par personne affiliée), dont l'annexe 9B confirme qu'il est pris en compte dans le tableau d'équilibre tous régimes pour 2009.

*

La Commission adopte l'article 21 sans modification.

Article additionnel après l'article 21

**Modalités de comptabilisation des revenus de placement assujettis
à la contribution sociale généralisée**

La Commission est saisie d'un amendement du rapporteur portant article additionnel.

M. Yves Bur, rapporteur. Mon amendement vise à régler une divergence d'interprétation survenue avec la Cour des comptes lors de la certification des

comptes du recouvrement et de l'ACOSS, portant sur le rattachement comptable des revenus de placement assujettis à la CSG. La logique économique invite en effet à traiter de manière identique les produits financiers crédités sur les comptes des épargnants en fin d'année ou au début de l'année suivante – période de l'année où une part importante des produits est effectivement créditée.

M. Dominique Tian. Est-ce légal ?

M. Yves Bur, rapporteur. C'est nous qui faisons la loi ! En outre, la Cour des comptes n'a pas forcément toujours raison.

La Commission adopte cet amendement.

Article 22

Non-compensation par le budget de l'État des pertes de recettes liées à certains dispositifs

Le présent article propose d'écarter l'application du principe de compensation énoncé à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale pour un certain nombre de dispositifs ayant pour conséquence de diminuer les recettes de la sécurité sociale. En effet, en vertu du IV de l'article L. O. 111-3 du code de la sécurité sociale, « *seules les lois de financement de la sécurité sociale peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonérations de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base* ».

Pour la troisième année consécutive, la loi de financement de la sécurité sociale, seule habilitée à autoriser des non-compensations, est ainsi amenée à écarter le principe énoncé à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. C'est le cas, cette fois-ci, pour huit dispositifs adoptés en 2008 ou en voie de l'être, un nombre en hausse régulière (trois en LFSS 2007, puis cinq en LFSS 2009), ainsi que le montre l'encadré ci-après.

***Non-compensations décidées par le législateur depuis l'entrée
en vigueur de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005
relative aux lois de financement de la sécurité sociale***

*Article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007
(n° 2006-1666 du 21 décembre 2006)*

- *Sommes versées aux stagiaires en entreprises : franchise (limitée à 12,5 % du plafond de la sécurité sociale par heure de stage effectuée au cours d'un mois) de cotisations et de contributions sociales.*
- *Allocation de transition professionnelle à titre expérimental dans certains bassins d'emploi : exonération des cotisations et contributions sociales (2,02 millions d'euros en 2007, 2,29 millions d'euros en 2008 et 0,78 million d'euros en 2009).*
- *Extension de l'aide pour les chômeurs, créateurs et repreneurs d'entreprises (ACCRE) aux personnes physiques créant une entreprise implantée au sein d'une zone urbaine sensible (ZUS) et aux allocataires du complément de libre choix d'activité : franchise (pour la fraction de revenu inférieure à 1,2 SMIC) de cotisations sociales.*

*Article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008
(n° 2007-1786 du 19 décembre 2007)*

- *Arbitres et juges sportifs : franchise (limitée à 14,5 % du plafond de la sécurité sociale) des cotisations et contributions sociales (20,77 millions d'euros en 2007, 31,62 millions d'euros en 2008 et 32,25 millions d'euros en 2009).*
- *Attribution gratuite d'actions : exclusion de l'assiette des cotisations et contributions sociales.*
- *Maîtres et documentalistes liés à l'État par agrément ou par contrat en activité dans les établissements d'enseignement privés sous contrat : assiette et taux réduits.*
- *Aide du comité d'entreprise ou de l'entreprise pour le financement d'activités de services à domicile (CESU préfinancé) : exclusion (dans la limite de 1 830 euros par an et par salarié) de l'assiette des cotisations et contributions sociales (35,61 millions d'euros en 2007, 44,06 millions d'euros en 2008 et 49,06 millions d'euros en 2009).*
- *Intéressement de projet, supplément d'intéressement et supplément de réserve spéciale de participation : exclusion de l'assiette des cotisations sociales.*

Dans la mesure où les exonérations non compensées ne font pas l'objet de déclarations systématiques de la part des employeurs ou bien sont indissociables de dispositifs existants, leurs montants financiers sont malheureusement moins bien connus que ceux des dispositifs compensés. C'est pourquoi les données précises n'ont pu être fournies que pour trois de ces huit mesures. S'agissant de l'attribution gratuite d'actions, le dispositif est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2005. La durée minimale de la période d'acquisition ne pouvant être inférieure à deux ans, les premières attributions ne sont donc devenues définitives que le 1^{er} janvier 2007. Dès lors, les premières notifications aux URSSAF doivent intervenir en 2008, la déclaration annuelle des données sociales (DADS) ayant été modifiée à cet effet, mais compte tenu des délais de traitement, les données correspondantes ne sont pas encore disponibles. Il convient toutefois de rappeler que l'impact total des cinq mesures proposées par le PLFSS 2008 avait alors été évalué à 250 millions d'euros.

Le I du présent article écarte la compensation pour les huit dispositifs suivants :

– au 1^o, l'exonération des cotisations et contributions sociales pour les sommes versées par l'employeur à ses salariés au titre de la prise en charge de tout ou partie des *frais de carburant* engagés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail dans la limite de 200 euros par an (article L. 131-4-1 du code de la sécurité sociale résultant du 1^o du III de l'article 18 du présent projet de loi) ;

– au 2^o, l'exonération des cotisations et contributions sociales, pour leur fraction non assujettie à l'impôt sur le revenu, des *indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle du contrat de travail* (articles L. 242-1 du code de la sécurité sociale et L. 741-10 du code rural modifiés par le VI de l'article 5 de la

loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail), dont la non-compensation entre en vigueur au 27 juin 2008 (**3° du II**) ;

– au **3°**, l'exemption d'assiette de l'avantage résultant pour le salarié de la *remise gratuite* par son employeur de *matériels informatiques et de logiciels* nécessaires à leur utilisation entièrement amortis et pouvant permettre l'accès à des services de communications électroniques et de communication au public en ligne, dans la limite d'un prix de revient global des matériels et logiciels reçus dans l'année de 2 000 euros (articles L. 242-4-2 du code de la sécurité sociale et L. 741-10-3 du code rural issus des II et III de l'article 31 de la loi de finances pour 2008), dont la non-compensation entre en vigueur au 1^{er} janvier 2008 (**1° du II**) ;

– au **4°**, l'exonération de cotisations sociales salariales et patronales pour la *rémunération due en contrepartie des droits constitués par un salarié sur son compte épargne-temps*, à l'exception de ceux qui correspondent à un abondement en temps ou en argent de l'employeur, dès lors qu'elle est utilisée à l'initiative de ce salarié pour alimenter un plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) ou pour contribuer au financement de prestations de retraite qui revêtent un caractère collectif et obligatoire, dans la limite d'un plafond de dix jours par an (article L. 242-4-3 issu du II de l'article 26 de la loi n° 2008-789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail), dont la non-compensation entre en vigueur au 22 août 2008 (**4° du II**) ;

– au **5°**, l'exclusion d'assiette pour la fraction de la *gratification*, en espèces ou en nature, *versée aux stagiaires dans une entreprise agricole* et n'excédant pas 12,5 % du plafond de la sécurité sociale (article L. 741-10-4 du code rural issu du 2° de l'article 17 du présent projet) ;

– au **6°**, l'exclusion d'assiette pour la prise en charge par l'employeur du prix des *titres d'abonnements souscrits par les salariés pour leurs déplacements* entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail accomplis au moyen de transports publics de personnes (article L. 3261-2 du code du travail résultant du 3° du I de l'article 18 du présent projet de loi) ;

– au **7°**, l'exonération de cotisations sociales pour la *prime exceptionnelle de participation* d'un montant maximum de 1 000 euros dans les entreprises de moins de cinquante salariés (II de l'article 7 de la loi n° 2008-111 du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat), dont la non-compensation entre en vigueur au 9 février 2008 (**2° du II**) ;

– enfin, au **8°**, l'exonération des cotisations et contributions sociales pour la *prime exceptionnelle d'intéressement* plafonnée à 1 500 euros dans les entreprises ayant conclu un accord d'intéressement ou un avenant à un accord existant (VI de l'article 1^{er} du projet de loi en faveur des revenus du travail), dont la non-compensation entrera en vigueur à compter de la publication de la loi (**5° du II**).

La justification de ces mesures de non-compensation est variable, jusque dans l'exposé des motifs, qui invoque « *l'optique sociale* » et l'encadrement strict pour la remise gratuite de matériels informatiques aux salariés, le souci de favoriser l'épargne retraite ou bien la non-substituabilité des primes exceptionnelles de participation et d'intéressement aux éléments de rémunération habituellement versés (et soumis aux cotisations et contributions sociales). Les quatre autres mesures ne font en revanche l'objet d'aucune justification.

L'ACOSS s'interroge pour sa part sur la non-compensation des mesures relatives aux frais de transport, qui, représentatifs de frais professionnels, ne relèvent pas de l'assiette des cotisations sociales. Elle souligne en outre que les données portées par les entreprises dans leurs déclarations ne sont pas toujours exhaustives, ce qui peut conduire à une sous-évaluation du manque à gagner pour les régimes de sécurité sociale.

Dans ses réponses au questionnaire préparatoire du rapporteur, le Gouvernement indique qu'il n'est en mesure d'évaluer que les pertes de recettes résultant de la prime exceptionnelle d'intéressement de 1 500 euros. Sous l'hypothèse que les entreprises auront le même comportement que pour la prime de 1 000 euros instaurée par la loi du 30 décembre 2006, le coût prévisionnel est évalué à 250 millions d'euros. Par ailleurs, l'annexe 5 au présent projet de loi prévoit un montant de 158 millions d'euros en 2008 pour la prime exceptionnelle de participation de 1 000 euros.

Les montants en jeu ne sont donc loin d'être négligeables. Une chose est en tout cas certaine : année après année, le poids des dispositifs non compensés ne cesse de croître, la quasi-totalité des niches sociales créées depuis 2004 n'étant désormais plus compensées.

*

La Commission est saisie de trois amendements, présentés respectivement par Mme Catherine Génisson, M. Roland Muzeau et M. Jean-Luc Prétel et tendant à supprimer l'article 22.

Mme Catherine Génisson. Il est légitime d'exiger que le Gouvernement compense le montant des pertes de recettes liées aux allègements de cotisations sociales qu'il décide.

M. Roland Muzeau. Les allègements proposés par l'article 22 viendraient s'ajouter aux 3 milliards d'euros que représentent déjà les exonérations non compensées. Je rappelle que le législateur avait souhaité que les exonérations soient compensées à l'euro près.

M. Jean-Louis Prétel. Je le répète cette année encore : le Gouvernement est en principe tenu de compenser toutes les exonérations de cotisations qu'il décide.

M. Yves Bur, rapporteur. Je suis défavorable à ces amendements. Je précise toutefois que la loi de programmation des finances publiques prévoit de nouvelles garanties en matière de compensations. Les exceptions prévues à l'article 22 sont dans la logique des dispositions adoptées les années précédentes.

M. Roland Muzeau. Il s'agit pourtant bien ici de nouvelles exonérations de cotisations sociales.

M. Yves Bur, rapporteur. Il s'agit, au contraire, d'exonérations existantes.

Mme Catherine Génisson. Cela ne dispense en rien l'État de les compenser à l'euro près.

M. Patrick Roy. Comme Mme Génisson, je souhaiterais des explications.

M. Pierre Morange, président. Nous aurons tout loisir, chers collègues, d'interpeller le ministre à ce propos lors de l'examen du texte en séance publique.

La Commission rejette les trois amendements de suppression.

Elle adopte ensuite un amendement du rapporteur tendant à supprimer l'alinéa 2 (1°) de l'article 22, en conséquence de la suppression de l'article 18.

La Commission adopte un amendement de cohérence rédactionnelle du rapporteur.

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à ce que l'État compense par des taxes fiscales ou parafiscales les exonérations de cotisations sociales qu'il décide.

M. Yves Bur, rapporteur. Je suis défavorable à cet amendement, qui est redondant avec l'article L. 137-7 du code de la sécurité sociale.

Mme Catherine Génisson. Je m'étonne qu'on puisse défendre le principe de non-compensation des exonérations.

M. Yves Bur, rapporteur. Les dispositions du texte qui nous est soumis sont conformes à la loi organique que nous avons votée en 2005. Une modification du dispositif supposerait une modification de la loi organique.

M. Jean-Marie Le Guen. Comment peut-on justifier que l'on aggrave le déficit de la sécurité sociale pour alléger le déficit de l'État ?

M. Yves Bur, rapporteur. L'an dernier, l'État a remboursé la dette qu'il avait envers la sécurité sociale du fait notamment de l'insuffisance des moyens budgétaires prévus en compensation. Lors du débat, nous demanderons de nouveau au Gouvernement si la future loi de finances rectificative doit comporter

des dispositions de cet ordre. Une clarification me semble s'imposer en la matière et le ministre s'engage chaque année à faire avancer cette question.

La Commission rejette cet amendement.

Elle adopte ensuite l'article 22 ainsi modifié.

Après l'article 22

La Commission est saisie de trois amendements de M. Jean-Luc Prével, portant articles additionnels après l'article 22.

M. Jean-Luc Prével. Mon premier amendement vise à concentrer les exonérations de charges sociales patronales sur les petites et moyennes entreprises, en excluant de cette réduction les entreprises de plus de 1 000 salariés dont la majorité du chiffre d'affaires est réalisée dans le cadre d'une mission d'exécution du service public. La Cour des comptes a en effet démontré dans un récent rapport que les allègements de charges sur les grandes entreprises du secteur protégé étaient inefficaces en termes d'emplois et budgétairement coûteux.

Mes deux autres amendements tendent respectivement à limiter à 1,5 ou 1,55 SMIC le niveau de rémunération pouvant faire l'objet des exonérations de charges sociales patronales, contre 1,6 SMIC aujourd'hui.

M. Yves Bur, rapporteur. Je suis défavorable à ces trois amendements.

La situation économique conduit aujourd'hui le Gouvernement à surseoir à l'application des mesures proposées dans le rapport rendu au début de l'été par la Cour des comptes. Afin de concentrer peu à peu les exonérations de charges sociales sur les publics pour lesquels elles avaient été conçues, à savoir les salariés les moins formés et dans les emplois les moins qualifiés, le rapport proposait en effet de réduire, en quelques années, de 1,6 à 1,4 SMIC le montant maximal des rémunérations auxquelles s'appliquent ces exonérations – sachant que 90 % du coût des exonérations est concentré sur un seuil inférieur à 1,33 SMIC. D'autre part, limiter les exonérations de cotisations sociales dont bénéficient les grandes entreprises pourrait, dans la situation actuelle, fragiliser les entreprises de main-d'œuvre à l'exportation. Il n'en faudra pas moins rouvrir ce dossier en temps utile.

M. le président Pierre Méhaignerie. Tout d'abord, on ne peut changer ce dispositif tous les ans. Par ailleurs, dans la situation actuelle, une entreprise de plus de 1 000 salariés peut souffrir autant qu'une entreprise de plus petite taille. Enfin, il faut veiller à ce que les réductions d'exonérations de charges sociales ne s'appliquent pas aux salariés de l'industrie soumis à la compétition internationale – à savoir, souvent, les ouvriers dont la rémunération se situe entre 1,2 et 1,5 SMIC. Les entreprises de propreté, pour ne citer qu'un exemple, l'ont d'ailleurs fort bien compris. En revanche, il serait peut-être possible de faire évoluer les choses pour les rémunérations comprises entre 1 et 1,2 fois le SMIC.

Alors que la moyenne européenne des cotisations patronales se situe à 32 %, elle est en effet en France de l'ordre de 20 % pour le SMIC, de 26 % pour 1 SMIC et de 30 % pour 1,2 SMIC.

M. Jean-Luc Prél. La réduction des exonérations permettrait de réaliser d'importantes économies.

M. Roland Muzeau. La pertinence de ces amendements est bien illustrée par le fait que ce n'est pas la première fois que la Cour des comptes dresse ce constat, qui n'est jamais suivi d'effet.

M. Yves Bur, rapporteur. Le rapport de la mission présidée par M. Gérard Bapt, dont j'étais rapporteur, proposait des options raisonnables, avant que la situation économique ne conduise le Gouvernement à ajourner leur mise en œuvre. Le forfait social représente cependant une première mesure en ce sens, si modeste soit-elle.

La Commission rejette ces trois amendements.

Article 23

Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales

En application du *c* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article porte approbation du « *montant de la compensation mentionnée à l'annexe prévue au 5° du III de l'article L.O. 111-4* ».

Cette annexe 5 énumère « l'ensemble des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations et contributions, présentant les mesures nouvelles introduites au cours de l'année précédente et de l'année en cours ainsi que celles envisagées pour l'année à venir et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu, les moyens permettant d'assurer la neutralité de cette compensation pour la trésorerie desdits régimes et organismes ainsi que l'état des créances ».

Par ailleurs, aux termes de l'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, le Gouvernement transmet au Parlement, tous les cinq ans avant le 15 octobre, un rapport présentant un état et une évaluation financière des dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales, dans le but de chiffrer les pertes de recettes pour l'Etat et la sécurité sociale résultant de ces dispositifs. En conséquence, le premier rapport sur les « niches sociales » remis en application de cette disposition l'a été en novembre 2007.

À la suite des travaux de la Cour des comptes (RALFSS 2007) et de la mission d'information commune de l'Assemblée nationale (rapport de juin 2008 sur les exonérations de cotisations sociales), l'annexe 5 au présent projet de loi s'efforce cette année d'adopter une approche globale. En effet, au-delà des seuls allègements généraux et exonérations ciblées, elle intègre la démarche du rapport quinquennal susmentionné et va même plus loin, tentant pour la première fois d'évaluer la perte de recettes associée aux « niches sociales », afin d'offrir ainsi une vision de l'ensemble des recettes dont sont ainsi privés les organismes sociaux : l'annexe répertorie soixante-cinq mesures en application ou en voie d'extinction, pour un coût total de 42 milliards d'euros, ainsi que huit mesures à venir.

Cette progression dans l'information et le contrôle, indispensable s'agissant de politiques publiques qui, pour l'essentiel, sont désormais soustraites aux procédures applicables aux crédits budgétaires, va de pair avec le dispositif du premier projet de loi de programmation sur les finances publiques, issu de la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008. En effet, tel qu'adopté en première lecture à l'Assemblée nationale le 22 octobre dernier, ce texte prévoit à la fois une amélioration de la gouvernance des mesures d'exonérations ainsi que du contrôle parlementaire de leur coût et de leur efficacité.

L'article 9 du projet de loi de programmation des finances publiques fixe ainsi, pour les exercices 2009 à 2012, des planchers chiffrés de recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale que les mesures nouvelles relatives aux impositions de toute nature, cotisations et contributions sociales établies à leur profit ne peuvent avoir pour conséquence de diminuer.

L'article 10 prévoit que les créations ou extensions de réductions, exonérations ou abattements d'assiette s'appliquant aux cotisations et contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement seront compensées par des suppressions ou diminutions de mesures similaires pour un montant équivalent.

L'article 11 dispose que chaque année, au plus tard le 15 octobre, date limite de dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement présentera au Parlement l'objectif annuel de coût de ces réductions, exonérations et abattements retenu pour l'exercice à venir et l'exercice en cours, ainsi que le montant du coût constaté, pour le dernier exercice clos, de ces réductions, exonérations et abattements. À cette occasion, il présentera également un bilan des créations, modifications et suppressions de ces mesures adoptées dans les douze mois qui précèdent ou prévues par le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale afférents à l'année suivante.

En outre, dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de toute mesure de réduction, d'exonération ou d'abattement, le Gouvernement présentera au Parlement une évaluation de son efficacité et de son coût. Pour les mesures en vigueur à la date de publication de la loi de programmation des finances publiques, cette évaluation sera présentée au plus tard le 30 juin 2011.

Depuis que la loi de finances pour 2006 a décidé d'assurer la compensation des allègements généraux non plus par des crédits budgétaires mais par un « panier » de recettes fiscales affectées énumérées à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, le montant approuvé au présent article correspond aux seuls allègements ciblés compensés par des dotations budgétaires, en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, inscrites dans les différents programmes du projet de loi de finances. Mais il n'en fournit pas moins l'occasion d'un examen d'ensemble des exonérations et de leur compensation.

Mesures d'exonération de cotisations et de contributions

(en millions d'euros)

	2008	2009
Allègements généraux	25 917	26 546
Exonérations ciblées compensées	4 446	3 391
Total des exonérations compensées	30 363	29 937
Exonérations ciblées non compensées	2 929	2 664
Total des allègements et exonérations	33 291	32 601
Niches sociales	n.d.	9 400
Total des pertes de recettes	n.d.	42 000

Source : PLFSS 2009

Dès lors, pour la première fois, un objectif annuel indicatif est fixé pour l'ensemble des exonérations, à hauteur de 42 milliards d'euros.

Après la forte progression des montants exonérés constatée au cours de ces dernières années, 2009 marque un recul, qui tient à plusieurs raisons :

– la fin de l'incidence en année pleine de l'exonération des heures supplémentaires et complémentaires introduite par la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (« TEPA »), qui avait marqué l'exercice 2008 ;

– une prévision de baisse pour les exonérations ciblées, nettement plus forte pour les exonérations compensées (– 1,1 milliard d'euros) que pour les exonérations non compensées (– 122 millions d'euros).

1. Les allègements généraux

Ces allègements recouvrent plusieurs dispositifs d'importance très inégale :

– la réduction générale de cotisations patronales dite « Fillon », pour l'essentiel (23,4 milliards d'euros en 2009) ;

– l'exonération des heures supplémentaires et complémentaires (3,4 milliards d'euros en 2009) ;

– l'exonération de cotisations d'allocations familiales sur les rémunérations des salariés non statutaires relevant de certains régimes spéciaux (principalement SNCF et RATP) et pour lesquels l'employeur est soumis à l'obligation d'assurance chômage, qui est le pendant, pour ces personnes morales, de la réduction générale de cotisations patronales (26 millions d'euros en 2009).

L'exonération de cotisations et contributions sociales du rachat des jours de congés acquis jusqu'au 31 décembre 2007 en application de la loi n° 2008-111 du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat ne s'est appliquée que durant l'année 2008 (146 millions d'euros). Pour les jours acquis en 2008 et 2009, les rémunérations bénéficient des exonérations fiscales et sociales prévues par la loi « TEPA ».

Allègements généraux

(en millions d'euros)

	2008	2009
Réduction générale	22 820	23 378
Exonération des heures supplémentaires	2 925	3 143
Rachat des jours de congés	146	-
Exonération d'allocations familiales	26	26
Total des allègements généraux	25 917	26 546

Source : PLFSS 2008

La progression globale de ces mesures serait donc ralentie (+ 2,4 % contre + 19 % en 2008) en 2009, représentant toutefois une part toujours essentielle au sein de l'ensemble des mesures compensées (88,7 %). Elle contribue à ce que les « paniers fiscaux », dont certains composants, tels les droits de consommation sur les alcools et sur les tabacs, ne bénéficient pas d'une assiette très dynamique, se révèlent, pour l'heure et contrairement aux prévisions initiales pour 2008, suffisants pour compenser le coût des allègements généraux.

En 2006, lors de l'instauration du « panier fiscal » destiné à compenser les allègements « Fillon », l'État avait pour obligation de compenser « à l'euro l'euro ». Cette obligation ne s'imposait plus en 2007, mais le rendement du « panier » s'est révélé supérieur de 193 millions d'euros au montant des allègements. Il en serait de même en 2008 (193 millions d'euros) et en 2009 (314 millions d'euros).

En tout état de cause, le V de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale autorise de fait un écart de 2 % entre les recettes des impôts et taxes affectés, d'une part, et le montant constaté de la perte de recettes liée à la réduction « Fillon », d'autre part. C'est en effet seulement en cas d'écart supérieur à 2 % entre ces deux montants que le rapport que le Gouvernement doit remettre

en 2008 et en 2009 au Parlement sur cette question est transmis à une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes et comportant des parlementaires, des représentants des ministres en charge de la sécurité sociale et du budget ainsi que des personnalités qualifiées, chargées de lui donner un avis sur les mesures d'ajustement requises pour combler cet écart ou, le cas échéant, par la modification du champ ou des modalités de calcul des allègements généraux. Le rapporteur estime que ce mécanisme de garantie doit être pérennisé au-delà de 2009.

En revanche, le « panier fiscal » compensant l'exonération des heures supplémentaires se révélerait parfaitement adéquat aussi bien en 2008 qu'en 2009, compte tenu, pour ce dernier exercice, du transfert au régime des non-salariés agricoles de la part de la taxe sur les véhicules de société affectée jusqu'ici à ce panier (article 27 du projet de loi de finances pour 2009). Au demeurant, l'article 53 de la loi de finances pour 2008 (n° 2007-1822 du 24 décembre 2007) prévoit qu'un éventuel écart entre le produit des impôts et taxes affectés et les montants exonérés fait l'objet d'une régularisation par la plus prochaine loi de finances suivant la connaissance du montant définitif de la perte.

« Paniers fiscaux » affectés aux allègements généraux

(en millions d'euros)

		2008	2009
Réduction « Fillon »	Taxe sur les salaires	11 135	11 436
	Droit de consommation sur les alcools	2 018	2 041
	Droit sur les bières et les boissons non alcoolisées	385	386
	Droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels	120	120
	Droit de consommation sur les produits intermédiaires	107	103
	Taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire	676	703
	Taxe sur les primes d'assurance automobile	983	1 003
	TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques	3 261	3 441
	TVA brute collectée par les fournisseurs de tabacs	3 106	3 198
	Droit de consommation sur les tabacs	976	986
	Droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs	273	300
	Total réduction « Fillon »	23 039	23 717
	Heures supplémentaires	Taxe sur les véhicules de société	599
Contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés		345	993
TVA brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées		2 128	2 150
Total heures supplémentaires		3 072	3 143
	Total allègements généraux	26 111	26 860

Source : PLFSS 2009

Jusqu'à présent, le Gouvernement a toujours anticipé les évolutions des paniers fiscaux, afin d'assurer l'équivalence entre leur produit et les pertes de

recettes consécutives aux exonérations. Ce fut notamment le cas à l'automne 2007, où il a pris l'initiative de compléter la composition du « panier fiscal » et d'en créer un second, en vue de tenir compte de la croissance prévue des allègements généraux et de la montée en charge du nouveau dispositif relatif aux heures supplémentaires et complémentaires.

Au-delà de 2009, l'annexe 5 envisage une progression modérée de l'ensemble des allègements généraux (+ 1,5 % par an), au sein desquels l'exonération des heures supplémentaires augmenterait plus rapidement (+ 3 % par an).

2. Les exonérations ciblées compensées

En 2006, le budget de l'État a consacré 2,4 milliards d'euros, en exécution, à la compensation, laissant ainsi près d'1 milliard d'euros à la charge des régimes de sécurité sociale : 640 millions d'euros de crédits non exécutés et 140 millions d'euros non versés, mais aussi une évolution plus rapide de certains dispositifs au regard des prévisions initiales, notamment en faveur des contrats d'apprentissage, de professionnalisation et de qualification ainsi que des DOM.

De même, l'article 32 de la loi de financement pour 2007 avait approuvé un montant de compensation de 2,9 milliards d'euros, mais l'annexe 5 au présent projet de loi évalue désormais à plus de 4,1 milliards d'euros le coût des exonérations ciblées pour 2007. Le tableau ci-dessous permet d'identifier les causes de ce décalage :

Compensation des exonérations ciblées en 2007

(en millions d'euros)

	Crédits LFI	Exécution
Contrats d'apprentissage	704	862
Contrats de professionnalisation et contrats de formation agricole	392	503
Parcours d'accès aux carrières de la fonction publiques	1	2
Structures d'aide sociale et entreprises d'insertion	25	14
Salariés créateurs ou repreneurs d'entreprise	11	12
Volontariat associatif	1,2	1
Contrats de retour à l'emploi (métropole)	6	4,6
Contrats de qualification	0	- 0,8
Contrats d'insertion-revenu minimum d'activité	0	- 0,3
Contrats initiative emploi	43	50
Services à la personne	160	394
Contrats vendanges	13	15
Taux de cotisations réduits pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles	17	26

Embauches de salariés sous CDI par les groupements d'employeurs agricoles	0	1,2
Transformation de CDD en CDI par les employeurs de main-d'œuvre agricole	0	6,3
Embauche de jeunes travailleurs occasionnels de moins de 26 ans	5	1,6
Avantages en nature repas secteur HCR	151	156
Jeunes entreprises innovantes	105	107
Exploitation de l'image collective du sportif	15	26
Exonération en faveur des marins	38	48,8
Correspondants locaux de presse	0,1	0,049
Création d'emplois en ZRR	25	115
Création d'emplois en ZRU	8	10
Organismes d'intérêt général et associations en ZRR	5	303
Création d'emplois en ZFU	333	336
Contrats d'accès à l'emploi (DOM)	26	21
Entreprises et travailleurs indépendants implantés dans les DOM	797	1 122
Contrats de retour à l'emploi (DOM)	0,04	0,11
Zone franche de Corse	3	-0,295
Total des exonérations ciblées compensées	2 884	4 135

Source : PLFSS 2007 et PLFSS 2009

97 % du total des dépassements par rapport à la prévision se concentre, comme en 2006, sur les cinq catégories d'exonérations suivantes :

- zones de revitalisation rurale (+ 388 millions d'euros) ;
- entreprises et travailleurs indépendants implantés dans les DOM (+ 325 millions d'euros) ;
- plan de développement des services à la personne (+ 234 millions d'euros) ;
- contrats d'apprentissage (+ 158 millions) ;
- contrats de professionnalisation (+ 111 millions).

En 2008, l'article 28 de la LFSS a approuvé un montant de compensation de 3,2 milliards d'euros, progressant de plus de 10 % au regard du montant approuvé en LFSS 2007, mais en recul de près de 25 % si l'on se réfère à l'exécution pour 2007. La LFSS 2008 s'était fondée sur l'effet attendu de trois de ses dispositions (réduction des exonérations pour les organismes d'intérêt général et associations en ZRR, suppression des exonérations de cotisations AT-MP, exclusion de la compensation pour cinq mesures), mais aussi de quatre articles de la loi de finances (élargissement du périmètre de l'exonération en faveur des jeunes entreprises innovantes, réduction de l'exonération liée aux contrats de

professionnalisation et son rattachement aux allègements généraux, intégration progressive dans la réduction générale des cotisations patronales des exonérations pour aide à domicile employée par une association ou une entreprise auprès d'une personne non fragile, introduction d'un barème dégressif pour les exonérations en ZRR et en ZRU).

Ainsi qu'on pouvait le supposer, les crédits de compensation ont une fois de plus été largement sous-évalués ; en effet, l'annexe 5 au présent projet de loi fait état d'un coût estimé de plus de 4,4 milliards d'euros, soit un dépassement de près de 40 % du montant inscrit en LFSS 2008.

Compensation des exonérations ciblées en 2008

(en millions d'euros)

	Crédits LFI	Exécution
Contrats d'apprentissage	720	915
Contrats de professionnalisation et contrats de formation agricole	278	439
Parcours d'accès aux carrières de la fonction publiques	1,5	4
Structures d'aide sociale et entreprises d'insertion	21,8	12
Régime micro social	25	205
Salariés créateurs ou repreneurs d'entreprise	11	14
Volontariat pour l'insertion	0	0,7
Volontariat associatif	4	4,2
Indemnités de rupture versées dans le cadre d'un accord de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	2,0	40
Chèque-transport	16,1	0
Contrats de retour à l'emploi (métropole)	4	3,5
Contrats de qualification	0	0,5
Contrats initiative emploi	31	34
Aide à domicile employé par une association ou une entreprise auprès d'une personne non fragile	100	185
Abattement pour les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle	190	253
Contrats vendanges	15	13
Extension de l'exonération travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi aux groupements d'employeurs	1,0	7,2
Extension de l'exonération travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (augmentation de la durée de la mesure)	1,1	54

Embauches de salariés sous CDI par les groupements d'employeurs agricoles	4	1,2
Transformation de CDD en CDI par les employeurs de main-d'œuvre agricole	4	9,0
Embauche de jeunes travailleurs occasionnels de moins de 26 ans	6	2,0
Avantages en nature repas secteur HCR	160	159
Jeunes entreprises innovantes	120	112
Exploitation de l'image collective du sportif	32	25
Exonération en faveur des marins salariés	41	41
Exonération de cotisations d'allocations familiales pour les entreprises d'armement maritime	8	9,1
Correspondants locaux de presse	0,09	0,053
Création d'emplois en ZRR	39	74
Création d'emplois en ZRU	5	9,9
Organismes d'intérêt général et associations en ZRR	185	299
Création d'emplois en ZFU	336	349
Bassins d'emploi à redynamiser	0,5	2,8
Contrats d'accès à l'emploi (DOM)	24	19
Entreprises et travailleurs indépendants implantés dans les DOM	843	1 150
Contrats de retour à l'emploi (DOM)	0	0,092
Zone franche de Corse	0,7	0,093
Total des exonérations ciblées compensées	3 230	4 446

Source : PLFSS 2008 et PLFSS 2009

Ce sont toujours les mêmes dispositifs dont le coût a été sous-évalué :

- entreprises et travailleurs indépendants implantés dans les DOM (+ 307 millions d'euros) ;
- contrats d'apprentissage (+ 195 millions) ;
- contrats de professionnalisation (+ 161 millions) ;
- zones de revitalisation rurale (+ 149 millions d'euros) ;
- plan de développement des services à la personne (+ 148 millions d'euros).

S'y ajoute en 2008 le régime micro social (+ 180 millions d'euros), mais ce dépassement s'explique en partie par les incidences de l'extension de cette

mesure par l'article 1^{er} de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

Prenant en compte les incidences des projets de loi de finances et de loi de financement pour 2009, l'annexe 5 au présent projet de loi récapitule l'évolution et la répartition des 3,4 milliards d'euros de compensations d'exonérations ciblées que le présent article propose d'approuver et que décrit le tableau ci-après.

Compensation des exonérations ciblées en 2009

(en millions d'euros)

	2008	2009
Contrats d'apprentissage	915	880
Contrats de professionnalisation et contrats de formation agricole	439	79
Parcours d'accès aux carrières de la fonction publiques	4	2,5
Structures d'aide sociale et entreprises d'insertion	12	12
Régime micro social	205	148
Salariés créateurs ou repreneurs d'entreprise	14	11
Volontariat pour l'insertion	0,7	0
Volontariat associatif	4,2	3,8
Indemnités de rupture versées dans le cadre d'un accord de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	40	2,0
Chèque-transport	0	15
Contrats de retour à l'emploi (métropole)	3,5	3,1
Contrats de qualification	0,5	0
Contrats initiative emploi	34	23
<i>Total exonérations ciblées public particuliers</i>	<i>1 671</i>	<i>1 179</i>
Aide à domicile employé par une association ou une entreprise auprès d'une personne non fragile	185	163
Abattement pour les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle	253	170
Contrats vendanges	13	14
Extension de l'exonération travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi aux groupements d'employeurs	7,2	7,1
Extension de l'exonération travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (augmentation de la durée de la mesure)	54	18
Embauches de salariés sous CDI par les	1,2	1,3

groupements d'employeurs agricoles		
Transformation de CDD en CDI par les employeurs de main-d'œuvre agricole	9,0	7,1
Embauche de jeunes travailleurs occasionnels de moins de 26 ans	2,0	2,2
Avantages en nature repas secteur HCR	159	150
Jeunes entreprises innovantes	112	105
Exploitation de l'image collective du sportif	25	26
Exonération en faveur des marins salariés	41	43
Exonération de cotisations d'allocations familiales pour les entreprises d'armement maritime	9,1	8,5
Correspondants locaux de presse	0,053	0,1
<i>Total exonérations ciblées secteurs économiques</i>	<i>872</i>	<i>720</i>
Création d'emplois en ZRR	74	70
Création d'emplois en ZRU	9,9	11
Organismes d'intérêt général et associations en ZRR	299	158
Création d'emplois en ZFU	349	239
Bassins d'emploi à redynamiser	2,8	4,1
Contrats d'accès à l'emploi (DOM)	19	18
Entreprises et travailleurs indépendants implantés dans les DOM	1 150	993
Contrats de retour à l'emploi (DOM)	0,092	0,1
Zone franche de Corse	0,093	0,1
<i>Total exonérations ciblées secteur géographique</i>	<i>1 903</i>	<i>1 493</i>
Total des exonérations ciblées compensées	4 446	3 391

Source : PLFSS 2009

Pour l'ensemble des exonérations ciblées compensées en 2009, le présent article approuve un montant inférieur de 1 055 millions d'euros à celui attendu pour 2008. Cette baisse serait répartie de façon à peu près égale entre les exonérations bénéficiant à des publics particuliers, principalement en raison des effets de l'article 128 de la loi de finances pour 2008 sur les contrats de professionnalisation, et celles bénéficiant à des secteurs géographiques donnés, tenant à l'incidence de l'article 19 de la LFSS 2008 sur l'exonération des organismes d'intérêt général en ZRR mais aussi à deux dispositions du projet de loi de finances pour 2009 (article 65 pour la réforme des exonérations outre-mer et article 82 pour la réforme des exonérations en ZFU).

Le rapporteur salue ces premiers pas vers une rationalisation des dispositifs d'exonérations ciblées, dont les travaux de la mission d'information avaient mis en lumière l'éparpillement ainsi que l'insuffisance de preuves quant à leur efficacité.

En attendant, le décalage persistant entre dotations budgétaires et coût des exonérations ciblées a entraîné la constitution d'une dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale, qui, malgré les efforts louables accomplis par l'actuel gouvernement, continue de poser problème. Ces dettes ne doivent pas être confondues avec celles que l'État accumule par ailleurs à l'égard des régimes de sécurité sociale au titre des prestations qu'ils gèrent pour son compte.

Deux sources de nature très différente permettent de faire le point sur la dette de l'État envers les régimes sociaux.

Il s'agit d'une part de la *comptabilité générale de l'État*, qui fait apparaître, au 31 décembre 2007, des passifs envers la sécurité sociale : 6 milliards d'euros (contre 9,1 milliards d'euros fin 2006), dont 4,6 milliards d'euros à l'égard du seul régime général (contre 7,2 milliards d'euros fin 2006). Les dettes envers les autres régimes ont diminué, grâce à la reprise par l'État de la dette du FFIPSA pour 619 millions d'euros, mais malgré l'opération d'apurement des dettes au 31 décembre 2006 effectuée en octobre 2007 par l'intermédiaire de la Caisse de la dette publique à hauteur de 5,1 milliards d'euros, des dettes vis-à-vis du régime général ont donc recommencé à se reconstituer.

La Cour des comptes conteste d'ailleurs la façon dont l'État présente ces dettes dans son bilan. Le compte général de l'État annexé au projet de loi de règlement pour 2007 recense 3 603 millions d'euros de charges à payer, comprenant notamment 519 millions d'euros au titre des exonérations ciblées en faveur de certaines zones géographiques (ZRR, ZRU, ZFU, Corse) et 434 millions d'euros au titre de l'exonération des contrats d'apprentissage. Une augmentation des charges à payer est constatée sur les contrats d'apprentissage (+ 351 millions d'euros), les organismes d'intérêt général en ZRR (+ 239 millions d'euros) et l'outre-mer (+ 179 millions d'euros), tandis que les montants dus reculent s'agissant de l'avantage en nature dans le secteur HCR (– 134 millions d'euros) et des contrats de qualification (– 114 millions d'euros).

Pourtant, selon la Cour, ces insuffisances de crédits ne devraient pas être considérées comme des charges à payer, car « *elles constituent des dettes compte tenu du caractère certain à la fois de leur échéance et de leur montant* ». Après les versements effectués en période complémentaire, elle analyse le passif net à l'égard du régime général, soit 3 865 millions d'euros, comme 2,8 milliards d'euros de dettes, dont 2,5 milliards d'euros nées en 2007 et 1,7 milliard d'euros résultant d'une insuffisance de crédits budgétaires, et 1 milliard d'euros de charges à payer.

Les dettes résultent en premier lieu de la compensation des exonérations ciblées de compensations : 1,5 milliard d'euros, dont la moitié environ au titre de dispositifs anciens (apprentissage, outre-mer) et l'autre moitié au titre de dispositifs plus récents dont la montée en charge est rapide (ZRR, services à la personne, contrats de professionnalisation). S'y ajoutent 500 millions d'euros de charges rattachables, telles qu'estimées statistiquement par l'ACOSS, portant à 2 milliards d'euros l'engagement total de l'État, y compris versements en période complémentaire.

Hors du champ de la compensation, les dettes résultent également des prestations gérées par la CNAF pour le compte de l'État (900 millions d'euros) ainsi que des insuffisances persistantes de crédits pour l'aide médicale d'État.

L'ensemble des sommes restant dues aux régimes obligatoires de base fait par ailleurs l'objet d'un *état semestriel* que le Gouvernement, en vertu de l'article L. 110-10-1 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 17 de la LOLFSS, doit transmettre au Parlement avant la fin des mois de janvier et de juillet de chaque année.

Dans son RALFSS 2007, la Cour des comptes renouvelle ses observations critiques sur un document dont elle estime qu'il ne retrace ni une situation de trésorerie, ni une situation des créances et dettes au sens comptable et dont elle constate que les montants qu'il présente sont éloignés de ceux résultant de la comptabilité de l'État. Dès lors, « *il ne donne qu'une vision partielle des "sommes dues par l'État" visées par la LOLFSS, lesquelles ne peuvent s'entendre qu'en "droits constatés"* ».

Cela étant, la dette nette de l'État s'élevait à près de 5,1 milliards d'euros au 31 décembre 2005, dont 3,6 milliards au titre du régime général. Au 31 décembre 2006, la situation nette s'était encore dégradée, dépassant 6,9 milliards d'euros, malgré les versements intervenus en application de la loi de finances rectificative pour 2006 (754 millions d'euros). Pour le seul régime général, la dette s'élevait à 5,1 milliards d'euros.

Au 31 décembre 2007, en incluant les versements intervenus début 2008 en exécution de la loi de finances rectificative pour 2007, dont 483 millions d'euros au titre de diverses exonérations, la dette nette se montait à 3 milliards d'euros, dont 1,7 milliard d'euros à l'égard du régime général. Au 30 juin 2008, la situation n'avait quasiment pas évolué sur le champ des exonérations de cotisations sociales : la dette de l'État atteignait alors 2 514 millions d'euros, dont 1 479 millions d'euros pour le régime général, 524 millions d'euros pour la MSA, 399 millions d'euros pour le RSI et la CNAVPL et 112 millions d'euros pour les régimes spéciaux. 1,2 milliard d'euros était imputable à des dettes antérieures à 2007 restant encore à apurer, portant essentiellement sur la MSA (515 millions d'euros), le RSI (388 millions d'euros) et la SNCF (261 millions d'euros), et 1,3 milliard d'euros aux insuffisances de crédits de l'exercice 2007.

Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale comme l'annexe 5 au présent projet de loi évaluent à 1,3 milliard d'euros pour 2008 les insuffisances de crédits au titre des exonérations. Par conséquent, à fin 2008, une dette de plus de 3,8 milliards d'euros se serait reconstituée.

Le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique a pris des dispositions afin que la gestion des crédits budgétaires permette de prévenir la reconstitution d'impayés de l'État aux organismes de sécurité sociale. La circulaire n° 6BCS-07-3469, en date du 17 décembre 2007, s'attache ainsi à fixer des règles de gestion des crédits de compensation de cotisations sociales et de remboursement des prestations sociales. Les trois principaux apports en sont les suivants :

– les responsables de programme devront désormais imputer prioritairement la mise en réserve de précaution sur des dépenses autres que les crédits de compensation ou de remboursement destinés aux organismes de sécurité sociale ou, à tout le moins, appliquer à ces crédits, au plus, le taux de mise en réserve fixé dans l'exposé des motifs du projet de loi de finances initiale ;

– les conventions de versement signées entre l'État et les organismes de sécurité sociale limiteront à trois le nombre des échéances, à raison d'une par trimestre pour les trois premiers trimestres de l'exercice, un versement unique demeurant toutefois prévu pour les dispositifs d'un montant annuel inférieur à 150 millions d'euros. Le quatrième trimestre pourra donner lieu à des versements complémentaires en cas de levée de la mise en réserve de précaution ou d'ouverture de crédits supplémentaires ;

– la consommation des autorisations d'engagement sera effectuée dès la signature des échéanciers annexés aux conventions pour un montant égal à la totalité de celui des échéances prévues.

Il n'en reste pas moins que la condition essentielle d'un bon fonctionnement de la compensation consiste à inscrire en loi de finances initiale des montants réalistes, adaptés au besoin en loi de finances rectificative. Le projet de loi de finances pour 2009 semble d'autant plus facilement emprunter cette direction qu'il se fonde sur le moindre coût de quelques-uns des dispositifs d'exonération.

3. Les exonérations ciblées non compensées

L'annexe 5 au PLFSS 2008 avait évalué les mesures non compensées à 2,4 milliards d'euros, compte non tenu des exonérations en faveur de l'aide au chèque emploi service universel (CESU) préfinancé et des attributions gratuites d'actions, requalifiées en « niches sociales » par l'annexe 5 au présent projet de loi. Celle-ci évalue désormais le montant des mesures non compensées à près de 3 milliards d'euros.

Le tableau ci-après fait apparaître les raisons de ce dépassement :

Exonérations ciblées non compensées en 2008

(en millions d'euros)

	Evaluation PLFSS 2008	Révision PLFSS 2009
Contrat d'accompagnement dans l'emploi/Contrat unique d'insertion	347	439
Contrat d'avenir/Contrat unique d'insertion	210	279
Convention de reclassement personnalisé	30	29
Contrat de transition professionnelle	1,5	2,3
Associations intermédiaires	81	83
Aide à domicile employée par un particulier fragile	925	915
Aide à domicile employé par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile	583	634
Taux de cotisations réduits pour l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi agricoles	0	140
Jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole	0	49
Arbitres sportifs	35	32
Aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise	155	151
Contrat d'insertion par l'activité (DOM)	1,6	5,6
Contrat de retour à l'emploi (métropole)	0,5	0,389
Contrat de retour à l'emploi (DOM)	0	0,01
Contrat emploi consolidé	33	11
Prime exceptionnelle de 1 000 euros	–	158
Total des exonérations ciblées compensées	2 402	2 929

Source : PLFSS 2008 et PLFSS 2009

Un tiers de la hausse prévue en 2008 s'explique par l'exonération de la prime exceptionnelle de 1 000 euros au titre de la participation, prévue par l'article 7 de la loi n° 2008-111 du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat (158 millions d'euros). Un autre tiers tient à la réduction de cotisations pour l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi agricoles (140 millions d'euros). Le dernier tiers résulte de l'évolution des dispositifs d'insertion dans l'emploi (contrat d'accompagnement dans l'emploi, contrat d'avenir et contrat unique d'insertion).

Pour 2009, l'annexe 5 au présent projet de loi prévoit une diminution de 265 millions d'euros, ainsi que le montre le tableau ci-après :

Exonérations ciblées non compensées en 2009

(en millions d'euros)

	Evaluation 2008	Prévision 2009
Contrat d'accompagnement dans l'emploi/Contrat unique d'insertion	439	358
Contrat d'avenir/Contrat unique d'insertion	279	212
Convention de reclassement personnalisé	29	30
Contrat de transition professionnelle	2,3	0,8
Associations intermédiaires	83	89
Aide à domicile employée par un particulier fragile	915	939
Aide à domicile employé par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile	634	691
Taux de cotisations réduits pour l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi agricoles	140	97
Jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole	49	50
Arbitres sportifs	32	32
Aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise	151	154
Contrat d'insertion par l'activité (DOM)	5,6	4,7
Contrat de retour à l'emploi (métropole)	0,389	0,343
Contrat de retour à l'emploi (DOM)	0,01	0,008
Contrat emploi consolidé	11	4,9
Prime exceptionnelle de 1 000 euros	158	—
Total des exonérations ciblées compensées	2 929	2 664

Source : PLFSS 2009

Cette baisse tient aux exonérations bénéficiant aux dispositifs d'insertion dans l'emploi (contrat d'accompagnement dans l'emploi, contrat d'avenir et contrat unique d'insertion) à hauteur de 148 millions d'euros, mais aussi au fait que l'exonération de la prime exceptionnelle de 1 000 euros ne s'applique qu'à l'exercice 2008. Cela étant, ainsi que l'annexe 5 le constate, « *principalement liées à des secteurs dynamiques (services à la personne), ces exonérations devraient croître en 2010 et 2011 sur des rythmes proches de 5 %, plus élevés que les autres exonérations* ». En effet, leur coût atteindrait 2,8 milliards d'euros en 2010 et 2,9 milliards d'euros en 2011.

4. Les niches sociales

Adoptant pour la première fois une approche globale des pertes de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale des différents dispositifs d'exonérations de cotisations et contributions, l'annexe 5 au présent projet de loi, au lieu de présenter séparément les « niches sociales » postérieures à 2004, place désormais sur le même plan allègements généraux et exonérations ciblées, d'une part, et exemptions ou abattements d'assiette, d'autre part. Le rapporteur salue cette évolution qui, ainsi qu'il l'a déjà rappelé, s'inscrit pleinement dans la démarche du premier projet de loi de programmation des finances publiques 2009-2012.

En outre, l'annexe s'emploie à proposer une évaluation de ces dix-neuf niches sociales non pas seulement en termes d'assiette, mais aussi de pertes de recettes. En effet, dans le rapport au Parlement sur les dispositifs affectant l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale qu'il a remis en novembre dernier en application de l'article 9 de la LFSS 2003, le Gouvernement s'était bien gardé de traduire les pertes d'assiette en pertes de recettes, alors même que les dispositions de la LFSS 2003 l'y invitaient expressément.

Mais le choix opéré par la loi de programmation des finances publiques de plafonner l'évolution de l'ensemble des niches fiscales et exonérations sociales rendait indispensable une estimation, même imparfaite, des pertes de recettes résultant des niches sociales. Reproduites par ailleurs dans le commentaire de l'article 13 du présent projet de loi, ces données constituent donc une innovation de taille, entourée de légitimes précautions méthodologiques : le calcul des pertes de recettes tient notamment compte des prélèvements particuliers qui sont opérés sur certaines de ces formes de rémunérations, y compris le futur « forfait social » institué par l'article 13.

La plupart des niches sociales ne font pas l'objet d'une compensation aux régimes de sécurité sociale : en effet, beaucoup de ces mesures sont antérieures à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, qui a étendu le principe de compensation aux niches sociales, et cette compensation a été explicitement écartée pour bon nombre des mesures intervenues après 2004. L'absence de compensation n'est pas condamnable en soi, s'agissant de mesures qui ne sont pas nécessairement infondées et qui, si elles n'occasionnent aucun versement aux régimes de sécurité sociale, n'ouvrent pas en contrepartie de droits aux bénéficiaires des assurés.

Cela étant, le principe de compensation, qui s'applique également aux niches sociales depuis 2004, tend à devenir l'exception : sur les dix-neuf mesures décrites dans l'annexe 5, seules trois sont compensées, parmi lesquelles l'article 22 du présent projet de loi vise à en exclure deux. En 2009, seule une niche sociale (les indemnités versées en cas de rupture négociée avant l'âge de soixante ans) demeurerait donc compensée.

Or, dès lors que la nature de ces dispositifs se révèle souvent assez proche de celle d'un salaire, se pose nécessairement la question de la substitution à laquelle ils peuvent donner lieu. Le rapporteur estime toutefois que l'article 13 du présent projet, instituant un « forfait social » sur certaines de ces niches, constitue un pas important pour tenter de remédier à cette évolution.

*

Après avis défavorable de M. Yves Bur, rapporteur, la Commission rejette un amendement de M. Roland Muzeau tendant à supprimer l'article 23.

La Commission adopte ensuite l'article 23 sans modification.

Section 3

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 24

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

Le a du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes ». Le présent article porte donc fixation de ces recettes.

Deux annexes au présent projet de loi permettent de compléter les informations qu'il fournit :

- l'annexe C pour la répartition des prévisions de recettes par catégorie ;
- l'annexe 9B pour l'effet sur les comptes des régimes de base des mesures du projet de loi de financement ainsi que des mesures réglementaires ou conventionnelles prises en compte par le projet de loi de financement.

D'un point de vue macro-économique, selon le rapport économique, social et financier joint au projet de loi de finances pour 2009, après deux années de forte croissance (+ 4,7 % en 2007 et + 4,6 % en 2008), la progression des recettes des administrations de sécurité sociale se ralentirait en 2009 (+ 3,7 % hors effets exceptionnels). Cette évolution tient au moindre dynamisme des assiettes de prélèvement (+ 3,5 % pour la masse salariale privée selon la prévision présentée à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier).

Les prestations versées par les administrations de sécurité sociale progresseraient quant à elles de 4,9 %, par conséquent à un rythme plus soutenu qu'en 2008. Cette accélération serait essentiellement liée au dynamisme des

prestations vieillesse (+ 6,1 % en 2009 contre + 5,2 % en 2008) et famille (+ 3,5 % en 2009 contre + 2,3 % en 2008) : en effet, afin de compenser en termes réels le surcroît d'inflation observé en 2008, la revalorisation des allocations familiales serait de 3,5 % et celle des pensions de 2,6 % en moyenne annuelle.

Dès lors, si l'on souhaite ne serait-ce que maintenir le déficit au niveau de celui de 2008, le PLFSS 2009 doit réaliser un effort de redressement de l'ordre de 6 milliards d'euros. Améliorant de 6,4 milliards d'euros le solde tendanciel du régime général, le texte du Gouvernement permet d'atteindre cet objectif, étant observé que le dosage des mesures proposées à cette fin fait intervenir des recettes nouvelles et transferts pour 3,3 milliards d'euros et des moindres dépenses (hors conséquences de la reprise de dette) pour 2 milliards d'euros seulement.

1. Les recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Le 1^o du présent article fixe, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, pour un montant total de 432,6 milliards d'euros (hors transferts entre branches). Par rapport aux prévisions rectifiées de recettes figurant à l'article 3 du présent projet, la progression globale se monte à 4 % ainsi que le montre le tableau ci-après.

Recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2008	2009	Évolution
Maladie	175,8	183,0	+ 4,1 %
Vieillesse	175,8	183,3	+ 4,3 %
Famille	57,3	59,1	+ 3,1 %
AT-MP	12,6	13,1	+ 4,0 %
Total (hors transferts)	416,1	432,6	+ 4,0 %

Source : PLFSS 2009

L'annexe C au projet de loi de financement permet de préciser les évolutions par catégorie de recettes.

Évolution par catégorie des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2008	2009	Évolution
Cotisations effectives	211,5	221,3	+ 4,7 %
Cotisations fictives	38,2	40,6	+ 6,3 %
Cotisations prises en charge par l'État	4,5	4,0	- 11,1 %
Autres contributions publiques	16,3	13,8	- 15,3 %
Impôts et taxes affectées	112,3	117,7	+ 4,8 %
<i>dont CSG</i>	<i>71,5</i>	<i>72,7</i>	<i>+ 1,7 %</i>
Transferts reçus	28,3	30,5	+ 7,8 %
Revenus des capitaux	0,4	0,5	+ 25 %
Autres ressources	4,5	4,6	+ 2,2 %
Total	416,1	432,6	+ 4,0 %

Source : PLFSS 2009

Jusqu'en 2008, le produit des cotisations a augmenté moins vite que la masse salariale, en raison du dynamisme des exonérations, résultant de régularisations au titre des allègements généraux et de la montée en charge de l'exonération des heures supplémentaires. De fait, à taux de cotisation et assiette constants, la progression de l'ensemble formé par les cotisations et les exonérations s'approche de celle de la masse salariale, même si les situations peuvent être très différentes d'une branche à l'autre : la branche vieillesse, davantage financée par des cotisations salariales que les autres branches, est ainsi plus particulièrement sensible aux exonérations, tandis que la branche accidents du travail a bénéficié de la suppression des exonérations ciblées qui lui étaient propres.

En 2009, la situation devrait s'inverser, en raison à la fois de la fin de la montée en charge des nouvelles exonérations et de la progression modérée des allègements généraux. Corrélativement, l'accroissement du produit global des impôts et taxes affectés se ralentirait (+ 4,8 %) : les recettes fiscales finançant des exonérations devraient ne progresser que de 1,8 %.

Mais c'est aussi le cas de la CSG (+ 1,7 %) : sous l'effet du ralentissement de la progression de la masse salariale, le produit de la CSG sur les revenus d'activité n'augmenterait que de 3 % ; en outre, la stagnation de l'assiette et, surtout, la fin du bénéfice de l'effet ponctuel consécutif au changement du calendrier d'encaissement entraîneraient un fort recul du produit de la CSG sur les revenus du capital (- 8,1 %).

Pour les autres impôts et taxes affectés non destinés à compenser les exonérations de cotisations, la progression serait rapide en 2009 (+ 5,3 %), en raison d'une affectation plus importante de C3S au RSI et de la montée en charge de la contribution sur les indemnités de mise à la retraite.

Le tableau suivant, fondé sur les données issues de l'annexe 9B au présent projet, détaille l'impact des mesures de la loi de financement et de la loi de finances sur les recettes pour 2009 de l'ensemble des régimes de base et du régime général.

Impact des mesures nouvelles sur les recettes 2009

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	Tous régimes	Régime général
Modification de la répartition du prélèvement social de 2 % (art. 11 PLFSS)	+ 391	+ 391
Affectation d'une fraction des droits sur les tabacs (art. 55 PLF) et de la contribution sur les alcools forts (art. 12 PLFSS)	+ 836	+ 836
Forfait social (art. 13 PLFSS)	+ 400	+ 400
Contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires (art. 14 PLFSS)	+ 100	+ 100
Indexation sur l'inflation des droits de consommation sur les alcools (art. 15 PLFSS)	+ 15	-
Suppression de l'exonération de cotisations AT-MP pour les salariés agricoles travailleurs occasionnels (art. 17 PLFSS)	+ 14	-

Assujettissement des revenus distribués excédentaires des gérants majoritaires de société (art. 20 PLFSS)	+ 45	+ 25
Assujettissement aux cotisations d'assurance maladie des revenus imposables à l'étranger (art. 21 PLFSS)	+ 5	–
Affectation intégrale de la taxe sur les véhicules de société (art. 27 PLF)	+ 580	–
Majoration des cotisations vieillesse (décret)	+ 1 880	+ 1 809
Total	+ 4 246	+ 3 561

Source : PLFSS 2009

Il en ressort que la principale mesure, à hauteur de la moitié des recettes nouvelles de 2009, ne se situe pas à proprement parler dans le présent projet de loi de financement, puisque c'est par la voie réglementaire que les cotisations vieillesse seront majorées. Le rapporteur souligne que l'ensemble de ces mesures présente un caractère pérenne, ce qui n'était pas le cas, en 2008, de l'une des plus importantes recettes supplémentaires, à savoir l'instauration du prélèvement à la source pour la CSG sur les dividendes. Il convient toutefois relever la part significative tenue par les transferts, provenant aussi bien du budget de l'État que, du Fonds CMU ou du FSV.

2. Les recettes du régime général

Le 2^o du présent article porte sur les recettes du régime général, dont l'évolution est, sans surprise, sensiblement comparable à celles de l'ensemble des régimes.

Recettes du régime général

(en milliards d'euros)

	2008	2009	Evolution
Maladie	151,0	157,3	+ 4,2 %
Vieillesse	89,8	95,3	+ 6,1 %
Famille	56,9	58,6	+ 3,0 %
AT-MP	11,0	11,4	+ 3,6 %
Total (hors transferts)	303,4	316,8	+ 4,4 %

Source : PLFSS 2009

La répartition par catégorie, donnée à l'annexe C, permet de compléter l'analyse de l'évolution des recettes.

Après deux années marquées par une progression soutenue (+ 4,4 %), les produits du régime général croîtraient moins vite en 2009 (+ 3,1 %), principalement en raison de la moindre progression de la masse salariale et d'une forte baisse des prélèvements sur les revenus du capital.

Par rapport à la prévision donnée dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, l'ensemble des mesures du présent projet de loi ou qui y sont associées permettent d'augmenter les recettes du régime général de près de 3,6 milliards d'euros.

À partir des données fournies par l'annexe 9B au présent projet de loi, le tableau ci-dessous décrit, par branche, les mesures du projet de loi de financement ou associées à ce texte ayant un impact sur les recettes du régime général pour 2009.

Mesures ayant une incidence sur les recettes 2009 du régime général

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles de recettes	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches
Modification de la répartition du prélèvement social de 2 % (art. 11 PLFSS)	–	–	+ 391	–	+ 391
Affectation d'une fraction des droits sur les tabacs (art. 55 PLF) et de la contribution sur les alcools forts (art. 12 PLFSS)	+ 836	–	–	–	+ 836
Forfait social (art. 13 PLFSS)	+ 400	–	–	–	+ 400
Contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires (art. 14 PLFSS)	+ 100	–	–	–	+ 100
Assujettissement des revenus distribués excédentaires des gérants majoritaires de société (art. 20 PLFSS)				+ 25	+ 25
Majoration des cotisations vieillesse (décret)			+ 1 809		+ 1 809
Total	+ 1 336	–	+ 2 200	+ 25	+ 3 561

Source : PLFSS 2009

3. Les recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Le 3^o du présent article fixe les recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base. Compte tenu de la dissolution du FFIPSA, il n'est question, pour 2009, que du seul FSV.

Recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

(en milliards d'euros)

	2008	2009	Evolution
FSV	15,3	14,1	– 8,0 %

Source : PLFSS 2009

Le montant des recettes du FSV atteindra 14,1 milliards d'euros en 2009, dont 79,4 % au titre des impôts et taxes affectés. La baisse de 1,2 milliard d'euros par rapport à 2008 ne résulte pas du « tendanciel », qui prévoyait une augmentation de 4,2 % des produits, principalement sous l'impulsion de la C3S, dont l'apport serait de 300 millions d'euros à celui attendu pour 2008.

Par rapport à la prévision donnée à la Commission des comptes de la sécurité sociale, les recettes du fonds, qui devaient atteindre près de 16 milliards d'euros, se situeraient en 2009 en-deçà de 1,9 milliard d'euros.

FSV – Impact des mesures nouvelles sur les recettes 2009

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	
Transfert à la CADES de 0,2 point de CSG (art. 10 PLFSS)	- 2 290
Transfert à la CNAV de 0,15 point du prélèvement social de 2 % (art. 10 PLFSS)	- 391
Accroissement de la contribution de la CNAF à la prise en charge des majorations de pensions (art. 70 PLFSS)	+ 415
Apport supplémentaire de C3S	+ 400
Total	- 1 866

Source : PLFSS 2009

D'un côté, le FSV pâtit du transfert à la CADES de 0,2 des 1,05 point de CSG dont il est affectataire et du transfert à la CNAV des trois quarts des 20 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus de capitaux. De l'autre, il se voit attribuer de nouvelles ressources : l'accroissement de la contribution de la CNAF à la prise en charge des majorations de pensions pour enfants et un accroissement de C3S, consécutif à l'apurement de la dette de l'État vis-à-vis du Régime social des indépendants (RSI).

*

*La Commission **adopte** l'article 24 sans modification.*

Article 25

Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base

Le *d* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base* ». Le présent article porte donc approbation de ce tableau d'équilibre, qui se veut le reflet de l'article d'équilibre du projet de loi de finances.

Tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2008			2009		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	175,8	179,4	- 3,5	183,0	185,6	- 2,6
Vieillesse	175,8	181,2	- 5,5	183,3	190,3	- 7,0
Famille	57,3	56,9	+ 0,5	59,1	59,3	- 0,2
AT-MP	12,6	12,2	+ 0,4	13,1	13,0	+ 0,1
Total (hors transferts)	416,1	424,3	- 8,2	432,6	442,2	- 9,6

Source : PLFSS 2009

Par rapport aux prévisions révisées pour 2008 figurant à l'article 3 du présent projet loi de financement, le solde pour 2009 se dégraderait de 1,4 milliard d'euros.

Toutefois, si l'on prend en compte les soldes du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et, au seul titre de 2008, du FFIPSA, ce constat doit être relativisé : le solde négatif de l'ensemble atteindrait 9,9 milliards d'euros en 2008 et 10,4 milliards d'euros en 2009.

En outre, si l'on considère le tableau décrivant les soldes tendanciels des régimes de base et des fonds figurant dans le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, les mesures du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et celles qui, notamment de nature réglementaire, y sont associées réduisent de façon significative le solde prévisionnel, puisque celui-ci passe de 16,2 milliards d'euros (tous régimes de base et fonds) à 9,6 milliards d'euros.

En pied de ce même tableau, car hors champ des lois de financement de la sécurité sociale, apparaît également la détérioration de la situation des régimes de retraite complémentaire : leur solde excédentaire se réduirait à nouveau pour atteindre 6,5 milliards d'euros en 2008 et 5 milliards d'euros en 2009 (contre 9,7 milliards d'euros en 2006 et 7,8 milliards d'euros en 2007).

Le commentaire de l'article 26 du présent projet de loi (*infra*) permettra d'aborder spécifiquement l'évolution du régime général, dont le déficit tendanciel (- 15 milliards d'euros) serait inférieur à celui de l'ensemble des régimes, FFIPSA compris (- 17,5 milliards d'euros).

Hors mesures du présent projet de loi, le solde global des régimes autres que le régime général serait donc négatif à hauteur d'environ 2,5 milliards d'euros, ce que traduit l'évolution des principaux d'entre eux : excédents de 523 millions d'euros pour le RSI (aussi bien au titre de la maladie que de la retraite) et de

280 millions d'euros pour la CNRACL – mais déficit de 2,9 milliards d'euros pour le régime des exploitants agricoles.

Le RSI, tant au titre de la maladie (ex CANAM) que de la retraite des commerçants (ex ORGANIC) et des artisans (ex CANCAVA), verrait sa situation s'améliorer de près de 800 millions d'euros (C3S comprise).

L'excédent de la CNRACL se réduirait en 2009 sous l'effet d'un ralentissement de la croissance des produits mais surtout d'une forte augmentation des pensions de retraite, et malgré la baisse des charges de compensation.

En tendancier, hors produit à recevoir du FFIPSA, le déficit du régime des exploitants agricoles se dégraderait de plus de 200 millions d'euros en 2009, dont une moitié imputable à la croissance des charges financières. La réorganisation du financement des branches maladie et vieillesse à laquelle procèdent le présent projet de loi et le projet de loi de finances laissera subsister un déficit de la branche vieillesse de plus de 1,4 milliard d'euros en 2009, tandis que la branche maladie sera équilibrée.

*

La Commission adopte l'article 25 sans modification.

Article 26

Approbation du tableau d'équilibre du régime général

Le d du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis [...] de manière spécifique pour le régime général* ». Le présent article porte donc approbation de ce tableau d'équilibre.

Tableau d'équilibre du régime général

(en milliards d'euros)

	2008			2009		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	151,0	155,0	- 4,0	157,3	160,7	- 3,4
Vieillesse	89,8	95,6	- 5,7	95,3	100,3	- 5,0
Famille	56,9	56,4	+ 0,4	58,6	58,9	- 0,2
AT-MP	11,0	10,6	+ 0,4	11,4	11,4	0,0
Total (hors transferts)	303,4	312,3	- 8,9	316,8	325,4	- 8,6

Source : PLFSS 2009

Avec une réduction de 300 millions d'euros du déficit, 2009 traduirait une stabilisation au regard des prévisions révisées pour 2008 figurant à l'article 3 du présent projet loi. Hormis celui de la branche famille, le solde des trois autres branches s'améliorerait, seule une d'entre elles (accidents du travail) se trouvant à l'équilibre.

Surtout, ce déficit de 8,6 milliards d'euros marque un net redressement par rapport au « tendancier » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier : sans les mesures prévues par le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale ou associées à ce texte, le besoin de financement du régime général atteindrait en effet 15 milliards d'euros.

Les mesures ayant une incidence sur les recettes des régimes et des fonds en 2008 ont d'ores et déjà été présentées et commentées au titre de l'article 24 (*cf. supra*).

S'agissant des dépenses, le tableau ci-dessous, fondé sur les indications fournies par l'annexe 9B au présent projet de loi, précise l'impact, pour l'ensemble des régimes et pour le régime général, des mesures nouvelles, y compris celles qui ne figurent pas dans le dispositif proprement dit de ce projet de loi.

Impact des mesures nouvelles sur les dépenses 2009

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	Tous régimes	Régime général
Reprise par la CADES des déficits cumulés du régime général (art. 10 PLFSS) (*)	- 380	- 380
Augmentation du forfait CMU (art. 12 PLFSS) (*)	- 112	- 103
Prise en charge de l'ACS par le Fonds CMU (art. 12 PLFSS) (*)	- 92	- 79
Affectation à la CNAM des réserves de l'exercice précédent du Fonds CMU (art. 12 PLFSS) (*)	- 138	- 138
Fixation d'un nombre de séances pour les actes en série sur référentiels HAS (art. 33 PLFSS)	- 65	- 56
Mise en œuvre de la maîtrise médicalisée dans le cadre de la convention médicale et économies sur les aides à la télétransmission	- 525	- 450
Majoration de la modulation du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins	- 150	- 129
Baisses de tarifs ciblées sur certains actes médicaux et analyses de biologie	- 250	- 215
Baisses de prix de médicaments sous brevets et convergence des prix par classe	- 340	- 292
Baisses de prix des médicaments génériques	- 40	- 34
Baisses de prix des dispositifs médicaux	- 50	- 43
Gestion médicalisée de la liste des produits remboursables et suites des recommandations médico-économiques de la HAS	- 130	- 112
Marges de distribution des médicaments en ville et en rétrocession	- 100	- 86

Développement de l'utilisation des grands conditionnements	- 30	- 26
Encadrement des dépenses sanitaires effectuées par les taxis	- 40	- 34
Régulation des dépenses de la liste des produits facturés en sus des prestations hospitalières (art. 36 PLFSS) et autres économies dans le secteur hospitalier	- 193	- 166
Augmentation de la dotation à l'ONIAM (art. 47 PLFSS) (*)	+ 67	+ 57
Réduction de la dotation au FMESPP (art. 48 PLFSS)	- 110	- 94
Réduction de la dotation au FIQCS (art. 48 PLFSS)	- 60	- 52
Réduction de la dotation à l'EPRUS (art. 48 PLFSS) (*)	- 30	- 26
Augmentation du versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail (art. 68 PLFSS)	- 300	- 300
Lutte contre la fraude et contrôle des droits (art. 77, 79 et 80 PLFSS)	- 85	- 73
Reprise par l'État de la dette du FFIPSA (art. 27 PLF)	- 201	-
Total maladie <i>dont hors ONDAM (*)</i>	- 3 354 <i>- 685</i>	- 2 829 <i>- 669</i>
Reprise par la CADES des déficits cumulés du régime général (art. 10 PLFSS)	- 770	- 770
Rétablissement d'une condition d'âge pour la réversion et conséquences pour l'assurance veuvage (art. 52 PLFSS)	+ 20	+ 20
Revalorisation des petites pensions agricoles (art. 53 PLFSS)	+ 118	-
Révision du minimum contributif majoré (art. 55 PLFSS)	- 16	- 16
Amélioration du taux d'emploi des seniors (art. 59 PLFSS)	+ 30	+ 30
Amélioration du contrôle des régularisations de cotisations arriérées (art. 80 PLFSS)	- 12	- 12
Reprise par l'État de la dette du FFIPSA (art. 27 PLF)	- 177	-
Total vieillesse	- 807	- 748
Mesures de transposition de l'accord entre les partenaires sociaux sur les accidents du travail (art. 65 et 66 PLFSS)	+ 35	+ 35
Dotation au FCAATA (art. 67 PLFSS)	+ 30	+ 30
Augmentation du versement au titre de la sous-déclaration des accidents du travail (art. 68 PLFSS)	+ 300	+ 300
Total accidents du travail et maladies professionnelles	+ 365	+ 365
Augmentation de la part des majorations de pensions pour enfants prise en charge par la CNAF (art. 70 PLFSS)	+ 415	+ 415
Modulation du complément de mode de garde en cas d'horaires atypiques (art. 71 PLFSS)	+ 25	+ 25
Mesures relatives aux assistants maternels (art. 72 PLFSS)	+ 55	+ 55
Amélioration du recouvrement des indus (art. 78 PLFSS)	- 15	- 15
Impact de l'augmentation des cotisations vieillesse sur le transfert au titre de l'AVPF	+ 82	+ 82
Total famille	+ 562	+ 562
Total toutes branches	- 3 234	- 2 650

Source : PLFSS 2009

Pour le seul régime général, l'amélioration par rapport au « tendanciel » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier,

qui incluait notamment le plan d'économies de dépenses de santé ayant suivi la réunion du comité d'alerte ainsi que les incidences de la loi « TEPA », atteint 6,4 milliards d'euros. L'effort est significatif, à comparer au redressement de 3,8 milliards d'euros associé au PLFSS 2008. Aux recettes nouvelles, précédemment évoquées (*cf.* article 24), viennent s'ajouter 2,65 milliards d'euros de moindres dépenses, dont 1,15 milliard d'euros résultant des économies de frais financiers consécutifs à la reprise de la dette du régime général par la CADES.

Incidences des mesures 2009 sur l'équilibre du régime général

(en milliards d'euros)

	« Tendancier » 2009			Mesures 2009			Equilibre 2009		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	145,4	153,1	- 7,6	+ 1,336	- 2,829	+ 4,165	146,8	150,3	- 3,4
Vieillesse	93,2	101,2	- 8,0	+ 2,2	- 0,748	+ 2,948	95,4	100,5	- 5,0
Famille	59,0	58,6	+ 0,3	+ 0,025	+ 0,562	- 0,537	59,0	59,2	- 0,2
AT-MP	11,8	11,5	+ 0,4	-	+ 0,365	- 0,365	11,8	11,8	- 0,0
Total	309,4	324,4	- 15,0	+ 3,561	- 2,65	+ 6,211	298,4	307,2	- 8,6

Sources : PLFSS 2009

Compte tenu des mesures nouvelles pour 2009, une seule branche serait à l'équilibre, mais les trois autres branches seraient déficitaires, particulièrement les deux principales.

• *La branche maladie*

L'évolution spontanée des comptes pour 2009 se traduirait par un déficit de plus 7,6 milliards d'euros, soit une aggravation de plus de 3,6 milliards d'euros : l'augmentation des charges nettes (+ 5,1 %) serait en effet très supérieure à celle des produits (+ 2,6 %) : les dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM progresseraient de 4,7 %, l'ensemble des prestations maladie-maternité de la CNAM de près de 5 % et les prestations invalidité de 3,4 %. S'y ajoutent l'augmentation de la part hors forfait des prestations CMU-C ainsi que la hausse des charges destinées au financement de la dette cumulée.

Les mesures nouvelles pour 2009 amélioreraient le solde de la branche maladie de 4,25 milliards d'euros, grâce à 1,3 milliard d'euros de recettes supplémentaires (*cf.* article 24), 380 millions d'euros de réduction des frais financiers consécutive à la reprise de la dette (*cf.* article 10), 320 millions d'euros de transferts et 2,2 milliards d'euros d'économies attendues.

Compte tenu d'un ONDAM fixé à 3,3 % pour 2009, les économies à réaliser dans le régime général se montent à 1,86 milliard d'euros. L'annexe 9B détaille avec une précision remarquable la façon dont diverses mesures, la plupart hors du dispositif proprement dit du PLFSS 2009 et reprenant les propositions présentées par l'UNCAM en juillet dernier, permettent d'atteindre cet objectif.

Au titre de la maîtrise médicalisée des dépenses, l'annexe 9B escompte 520 millions d'euros de la « *mise en œuvre de la tranche 2009 de la maîtrise médicalisée dans le cadre de la convention médicale* », dont les partenaires sont en cours de négociation, et 5 millions d'euros au titre de la télétransmission des feuilles de soins (article 45 de la LFSS 2008). Par ailleurs, l'article 33 du présent projet de loi entraînerait 65 millions d'euros d'économies grâce à la réduction des séries d'actes anormalement longues réalisées par certains professionnels paramédicaux au regard des référentiels approuvés par la Haute autorité de santé (HAS). La gestion médicalisée de la liste des produits remboursables, au travers de l'évaluation du service médical des produits de santé par la HAS, et l'exploitation de ses avis médico-économiques (article 41 de la LFSS 2008), devraient rapporter 130 millions d'euros.

150 millions d'euros d'économies résulteraient de l'augmentation de la majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins et de la montée en charge de l'adhésion au dispositif du médecin traitant. La révision de la cotation des actes les plus courant et automatisés de biologie et la baisse des tarifs des actes de radiologie ainsi que de la rémunération de certains actes réalisés par les médecins spécialistes généreraient 250 millions d'euros d'économies. S'y ajoutent 40 millions d'euros au titre du conventionnement des entreprises de taxis pratiquant du transport de malades (article 38 de la LFSS 2008).

La poursuite du plan médicament et dispositifs médicaux portera sur les prix des médicaments les moins innovants et la mise en œuvre de la convergence des prix au sein de certaines classes homogènes (340 millions d'euros), l'accélération et l'accentuation des baisses de prix sur les médicaments génériques (40 millions d'euros), la progression de la délivrance de grands conditionnements (30 millions d'euros), les baisses de prix sur les dispositifs médicaux (50 millions d'euros) et l'ajustement des marges de distribution des médicaments, en ville comme à l'hôpital (100 millions d'euros).

Le secteur de l'hospitalisation devrait quant à lui apporter 303 millions d'euros d'économies, auxquelles contribuent la meilleure régulation des dépenses de la liste des produits facturés en sus des prestations hospitalières (article 36 du présent projet de loi) ainsi que la mise sous entente préalable des établissements présentant une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels de la HAS ou significativement supérieure aux moyennes régionales ou nationales. Par ailleurs, au vu de leur rythme de consommation des crédits, les dotations au FMESPP et au FIQCS sont réduites respectivement de 110 millions d'euros et 60 millions d'euros.

85 millions d'euros de prestations pourraient être économisés grâce à l'accentuation des actions visant à lutter contre les abus et les fraudes, au renforcement des dispositifs de sanction et au meilleur contrôle des droits des assurés.

Hors ONDAM, les dispositions de l'article 12 du présent projet de loi relatives à la protection complémentaire contribuent à 320 millions d'euros d'économies. L'augmentation du forfait sur la base duquel les organismes gestionnaires de la CMU-C sont remboursés limitera les dépenses restant à la charge de l'assurance maladie (103 millions d'euros). En outre, le Fonds CMU prendra à sa charge le financement de l'aide à la complémentaire santé (79 millions d'euros) et tout ou partie de ses réserves de l'exercice précédent pourra être affecté à la CNAM, pour un montant prévisionnel de 138 millions d'euros. Enfin, la contribution de la branche accidents du travail au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, conformément aux recommandations de la commission présidée par M. Noël Diricq, conseiller maître à la Cour des comptes, est augmentée de 300 millions d'euros par rapport à 2008 (article 68 du présent projet de loi).

• *La branche vieillesse*

La détérioration tendancielle du solde de la branche vieillesse s'élèverait à près de 2,3 milliards d'euros en 2009, le déficit atteignant ainsi 8 milliards d'euros. En effet, le rythme de croissance des prestations observé depuis 2005, de l'ordre de 6 % par an, se maintiendrait. Le nombre des départs serait certes moins important qu'au cours des années précédentes, notamment en raison de l'incidence sur les départs anticipés de l'allongement de la durée d'assurance, modérant l'évolution des prestations à + 3,4 %, mais la revalorisation moyenne des pensions exercerait une influence plus forte que précédemment sur les dépenses, du fait de la prise en compte du supplément d'inflation de 2008. S'y ajouteraient l'augmentation des frais financiers et, comme dans les autres branches, le ralentissement de la croissance des recettes.

Les mesures nouvelles pour 2009 amélioreraient le solde de la branche vieillesse de plus 2,9 milliards d'euros. Les 2,2 milliards d'euros de recettes supplémentaires, qui s'apparentent en réalité à des transferts (hausse de 0,3 % des cotisations vieillesse compensée par la baisse attendue à due concurrence des cotisations chômage et affectation d'une fraction plus importante du prélèvement social de 2 %), sont complétés par des économies de dépenses, principalement 770 millions d'euros de réduction de frais financiers consécutive à la reprise de la dette (article 10 du projet de loi).

Les effets des autres mesures de dépenses sont quasiment neutres sur les comptes : le rétablissement d'une condition d'âge pour la réversion et ses conséquences pour l'assurance veuvage entraînent une charge supplémentaire de 20 millions d'euros (article 52 du projet de loi), tandis que les différentes mesures visant à améliorer le taux d'emploi des seniors sont évaluées à 30 millions d'euros (articles 58 à 60 du projet de loi), mais la révision du minimum contributif majoré dans le cadre de la reconduction jusqu'en 2012 d'un objectif de taux de remplacement (article 55 du projet de loi) permettrait d'économiser 16 millions d'euros et l'amélioration du contrôle des régularisations de cotisations arriérées (article 80) 12 millions d'euros.

• *La branche famille*

Tendanciellement, la branche famille aurait été, comme en 2008, à l'équilibre en 2009 (+ 315 millions d'euros), malgré l'accélération de la croissance des prestations légales (+ 3,7 %), consécutive à la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales (+ 3,5 %), intégrant à la fois la hausse prévisionnelle des prix pour 2009 (+ 2 %) mais aussi un rattrapage du supplément d'inflation constaté en 2007 et 2008 (+ 1,5 %). Les autres postes de dépenses évolueraient en revanche moins vite qu'en 2008, qu'il s'agisse des prestations extralégales, du transfert d'assurance vieillesse des parents au foyer et de la dotation au Fonds national d'aide au logement (FNAL). En outre, les produits financiers auraient augmenté de plus d'un tiers, pour atteindre 162 millions d'euros.

Les mesures nouvelles pour 2009 font repasser la branche famille en situation de déficit, à hauteur de 200 millions d'euros. S'élevant à 537 millions d'euros, la différence tient pour l'essentiel à des charges supplémentaires, principalement l'augmentation de la part des majorations de pensions pour enfants (article 70 du projet de loi), pour 415 millions d'euros. La modulation du complément de mode de garde en fonction de l'horaire de travail des parents, afin de mieux tenir compte des horaires atypiques (article 71 du projet de loi), coûterait 25 millions d'euros, tandis que les dispositions portant de trois à quatre le nombre d'enfants pouvant être gardés par un assistant maternel et autorisant à titre expérimental le regroupement d'assistants maternels dans un local différent de leur domicile (article 72 du projet de loi) sont évaluées à 55 millions d'euros. En revanche, la récupération des indus indifféremment du type de prestation en cause permettrait d'économiser 15 millions d'euros.

• *La branche des accidents du travail et des maladies professionnelles*

L'évolution tendancielle aurait conduit la branche à un excédent de 368 millions d'euros en 2009, très légèrement inférieur à celui de 2008. En effet, les prestations légales progresseraient de 4 %, tandis que la croissance des produits ne se situerait qu'à 3,5 %. Les mesures nouvelles pour 2009 réduiraient cet excédent, sans pour autant déséquilibrer la branche : 300 millions d'euros de transferts, correspondant à l'augmentation du montant du versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail (article 68 du projet de loi), et 65 millions d'euros de dépenses supplémentaires, à savoir, pour 35 millions d'euros, les effets de la transposition de l'accord du 25 avril 2007 conclu entre les partenaires sociaux sur l'amélioration de la prévention, de la tarification et de la réparation des accidents du travail (article 65 du projet de loi), et, pour 30 millions d'euros, l'augmentation de la dotation au FCAATA (article 67 du projet de loi).

*

La Commission adopte l'article 26 sans modification.

Article 27

Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

Le *d* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre présentés par branche et établis [...] pour les organismes concourant au financement de ces régimes* ». Le présent article porte donc approbation de ce tableau d'équilibre.

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

(en milliards d'euros)

	2008			2009		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
FSV	15,3	14,4	+ 0,9	14,1	14,9	- 0,8

Sources : PLFSS 2009

Compte tenu de la disparition du FFIPSA à compter du 1^{er} janvier 2009, le présent article ne porte que sur le FSV.

L'évolution tendancielle des comptes devait confirmer la situation à nouveau excédentaire du fonds, à hauteur de près de 1,3 milliard d'euros. Toutefois, ainsi qu'on l'a vu précédemment (*cf.* article 24), divers transferts affecteront dès 2009 les ressources du FSV, et ce pour plus de 1,8 milliard d'euros.

Les charges augmenteraient de 2,9 % par rapport à 2008, du fait principalement de l'accroissement des cotisations prises en charge au titre du chômage, consécutive à l'augmentation des cotisations vieillesse, et moyennant par ailleurs une hypothèse de 26 000 chômeurs supplémentaires.

Par ailleurs, l'incidence de la revalorisation générale des cotisations de retraite sur celles prises en charge par le fonds aurait un coût de 131 millions d'euros.

En outre, les majorations de pensions continueraient de croître au rythme des années précédentes (+ 4,2 %). Enfin, la poursuite de la revalorisation quinquennale du minimum vieillesse, visant à le faire progresser de 25 % entre 2007 et 2012 (article 51), se traduirait par un coût de 72 millions d'euros.

Dès lors, le fonds renouerait avec les déficits en 2009, et ce à hauteur de 752 millions d'euros.

M. Jean-Luc Prével retire un amendement, désormais sans objet, tendant à tirer les conséquences de la hausse de la CRDS qu'il proposait dans un amendement à l'article 10 rejeté par la Commission.

La Commission adopte l'article 27 sans modification.

Article 28

Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites (FRR)

Le b du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale « *détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et elle prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit* ».

Le présent article fixe donc l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES et les prévisions de recettes affectées au FRR.

1. L'objectif d'amortissement de la dette sociale

L'objectif d'amortissement pour 2009 est fixé à 4,1 milliards d'euros, contre 2,8 milliards d'euros en objectif rectifié pour 2008 (*cf. supra* article 4), traduisant les effets de la reprise de dette opérée par le présent projet de loi (*cf.* article 10). Ce montant est égal la différence entre, d'un côté, des produits nets (6,1 milliards d'euros de CRDS complétés désormais par 2,3 milliards d'euros de CSG), qui atteindraient près de 8,4 milliards d'euros, et, de l'autre, des frais financiers nets et autres charges s'élevant à 4,3 milliards d'euros.

Fin 2009, l'amortissement cumulé s'élèverait donc à 41,5 milliards d'euros, avec, compte tenu d'un montant de dette reprise porté à 134,2 milliards d'euros (+ 26,6 milliards d'euros), une situation nette s'élevant à - 92,7 milliards d'euros.

Compte tenu de l'affectation de ressources nouvelles effectuée conformément aux dispositions de la loi organique du 2 août 2005, les perspectives d'extinction de la dette sont inchangées. La CADES a élaboré un indicateur de performance qui lui permet de suivre au cours du temps l'évolution de cette situation, c'est-à-dire du montant restant à rembourser, en fonction de différentes probabilités de risque. Ces perspectives sont présentées dans l'annexe 8 au présent projet de loi de financement : la CADES aurait actuellement une chance sur deux d'avoir intégralement remboursé en douze ans (2021) la dette qui lui a été confiée ; la probabilité que cette dette soit déjà remboursée dans onze ans (2020) n'est que de 5 %, de même que celle qu'elle ne soit pas remboursée en moins de quatorze ans (2023).

2. Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites

L'objectif d'affectation de recettes au FRR pour 2009 est fixé à 1,7 milliard d'euros, en recul de 150 millions d'euros par rapport à l'objectif rectifié de 2008 (*cf. supra* article 4).

La part (65 %) qui lui revient du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement devait fortement diminuer (- 8,1 %). Pas plus qu'en 2008, le FRR ne pourra bénéficier d'un versement de la CNAV, dont le solde est déficitaire. Quant au FSV, il n'a pas versé d'excédent au FRR depuis 2001, tandis que celui-ci n'a reçu de solde de C3S qu'en 1999. Cette principale recette affectée serait complétée par les redevances UMTS et les produits provenant de l'épargne salariale, évalués aux mêmes montants que pour 2008 (soit respectivement 19 millions d'euros et 5 millions d'euros).

L'annexe 8 au projet de loi fait l'hypothèse de produits financiers nets qui s'élèveraient à plus de 1,1 milliard d'euros, compte tenu d'une prévision de performance de 6,3 %, égale à « *l'objectif de long terme poursuivi par le FRR depuis 2003 par la mise en place de son allocation stratégique* ». Dès lors, les réserves constituées à fin 2009 atteindraient près de 34,2 milliards d'euros, en excluant les plus ou moins-values latentes ainsi que la part de la soulte versée par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (IEG) en conséquence de l'adossment au régime général du régime IEG, géré par le FRR pour le compte de la CNAV.

*

La Commission adopte l'article 28 sans modification.

Section 4

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 29

Rémunération par l'ACOSS de la trésorerie de tiers

Le présent article vise à autoriser l'ACOSS à rémunérer la trésorerie d'organismes tiers qui serait déposée auprès d'elle.

En effet, au-delà des opérations de trésorerie qu'elle assure pour les organismes de sécurité sociale, l'ACOSS est en relation financière directe avec un nombre croissant de partenaires et cela pour des montants considérables et croissants. Les circuits de trésorerie empruntés se complexifient et peuvent générer des poches de trésorerie dormantes.

Le point 3.1.5 de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 conclue entre l'État et l'ACOSS prévoit qu'afin d'optimiser les circuits de trésorerie et de réduire les soldes épars de trésorerie, « *l'ACOSS étudiera l'élargissement du périmètre de la centralisation de la trésorerie à des tiers avec lesquels elle est en relation, tout en assurant un suivi individualisé de la trésorerie de ces tiers* ». En effet, des gains significatifs sont attendus de la réduction des pertes financières engendrées par la situation de non-optimisation de la gestion de trésorerie, de la réduction de frais de gestion et de la réduction des risques opérationnels en trésorerie.

La COG prévoit également que l'ACOSS proposera un ensemble de services à ces tiers dont la mise en place d'un droit de tirage quotidien, le financement des besoins de trésorerie dans des limites à définir, la gestion des risques financiers (notamment taux d'intérêt) et le conseil en termes de négociation bancaire. Elle mettra à disposition des tiers un système d'information dédié et intégré au système national de trésorerie et assurera en permanence la connaissance de l'ensemble des circuits financiers reliant les organismes de la protection sociale afin d'en maîtriser les risques de défaillance (financier, juridique et technique).

L'exercice d'une activité de gestion de disponibilités de tiers ne figure cependant pas à ce jour dans les missions de l'ACOSS, notamment la possibilité de rémunérer la trésorerie de tiers.

Le **1° du I** du présent article insère donc dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 225-1-3 qui prévoit que pourront déposer, contre rémunération, tout ou partie de leurs disponibilités auprès de l'ACOSS :

- les régimes obligatoires de base autres que le régime général ;
- les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base (FSV), à l'amortissement de leur dette (CADES) et à la mise en réserve de recettes à leur profit (FRR) ;
- les organismes financés par des régimes obligatoires de base (ONIAM, EPRUS, FIVA, FCAATA, HAS, INPES, ABM, INTS, ATIH, AFSSAPS, CNGPHPDFPH, GMSIH) ;
- les fonds comptables retraçant le financement de dépenses spécifiques relevant d'un régime obligatoire de base (CNSA) ;
- les organismes qui financent et gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (FIQCS, FMESPP).

Les organismes concernés, dont les disponibilités sont actuellement déposées auprès du Trésor ou de la Caisse des dépôts et consignations, pourront disposer de conditions proches de celles des caisses du régime général, notamment

une gestion au plus près des opérations quotidiennes, à la différence qu'ils ne pourront pas emprunter auprès de l'ACOSS.

Les modalités du dépôt de trésorerie seront fixées par des conventions soumises à l'approbation des ministres de tutelle de l'ACOSS ainsi que du régime ou de l'organisme déposant. Ces conventions préciseront notamment les conditions de rémunération des disponibilités déposées. L'intérêt pour l'ACOSS consistera essentiellement à diminuer ses encours d'emprunt et à fluidifier les diverses opérations de trésorerie avec ses partenaires. Il s'agit du gain principal qu'elle pourra en retirer, même si la gestion commune de ces opérations peut également lui procurer des économies de charges financières.

De leur côté, les organismes et fonds auront intérêt à recourir à l'ACOSS parce que les taux qu'elle propose sont généralement inférieurs à ceux qui leur sont consentis par ailleurs, mais aussi parce que l'ACOSS est à même d'offrir un service adapté aux missions particulières des organismes de sécurité sociale.

L'ouverture de cette faculté pour l'ACOSS nécessite d'adapter le mécanisme d'affectation des intérêts créditeurs et débiteurs entre les différentes branches. À cette fin, le **2° du I** propose une nouvelle rédaction de l'article L. 255-1 du code de la sécurité sociale, relatif à la répartition des intérêts résultant de la gestion de trésorerie commune. Les intérêts créditeurs et débiteurs résultant de la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime général et de la nouvelle gestion de trésorerie pour tiers ainsi que les produits résultant du placement des excédents de trésorerie globalement constatés pour l'ensemble des branches du régime général seront affectés aux branches gérées par les caisses nationales et aux régimes, organismes et fonds mentionnés sur la base du solde comptable quotidien de leur trésorerie constaté par l'ACOSS.

Celle-ci a d'ores et déjà proposé une offre de services en ce sens à la CNSA, à la HAS et à l'EPRUS, mais l'exposé des motifs du présent article évoque également le FIVA.

Résultats cumulés de la CNSA et du FIVA

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009
CNSA	660,5	956,8	1 051,1	769,9
FIVA	261	306	403	136

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2008) et annexe 8

Les discussions sont avancées depuis plusieurs mois, de telle sorte que la conclusion d'une convention devrait intervenir avec la CNSA avant la fin de l'année. Un projet de décret relatif aux opérations de trésorerie de la CNSA prévoit précisément d'autoriser la caisse à placer ses disponibilités auprès de l'ACOSS par le biais d'un investissement en billets de trésorerie ou d'un prêt de

trésorerie. Avec un excédent cumulé de plus de 1 milliard d'euros en 2008, la CNSA devrait réaliser 55 millions d'euros de produits financiers.

Le **II** prévoit donc, moyennant une précision de nature rédactionnelle, que le nouveau dispositif peut s'appliquer aux conventions conclues dès 2008. La loi permettra ainsi de postcompter des intérêts sur les sommes ainsi déposées, même si elles sont antérieures à sa promulgation.

*

*La Commission **adopte** un amendement de cohérence rédactionnelle du rapporteur.*

La Commission est ensuite saisie d'un amendement de M. Dominique Tian tendant à faire en sorte que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dépose chaque année au Parlement un rapport décrivant les opérations de gestion de trésorerie qu'elle a effectuées pour le compte de tiers.

M. Dominique Tian. La commission des finances pourrait également examiner un amendement en ce sens présenté par Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteur pour avis.

M. Yves Bur, rapporteur. Dans l'attente de cet amendement de la commission des finances, je suis défavorable à l'amendement qui nous est présenté. L'annexe 9 du PLFSS donne toutes les indications nécessaires sur la trésorerie.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

*Elle **adopte** ensuite un amendement de cohérence rédactionnelle du rapporteur, puis **adopte** l'article 29 ainsi modifié.*

Article 30

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

En vertu du *e* du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « *arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources* ». Le présent article donc porte habilitation de certains régimes et organismes à recourir des ressources non permanentes.

L'article 35 de la LFSS 2008 avait autorisé huit régimes ou organismes à recourir à des ressources non permanentes : régime général, Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA), Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), Fonds spécial des

pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE), Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM), Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG), Caisse de retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens (RATP) et Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français (SNCF).

Le présent article, qui traduit en termes de financement les conséquences des tableaux d'équilibre pour 2009 approuvés aux articles 25 à 27, ne porte que sur sept de ces huit régimes, la situation financière de la CNRACL ne nécessitant pas de lui accorder en 2009 une autorisation d'emprunt. En effet, ainsi que le précise l'annexe 9A au présent projet de loi, en 2008, le point bas de la trésorerie s'est élevé à + 506 millions d'euros. En 2009, compte tenu de conditions toujours favorables (baisse du taux de la compensation spécifique aux régimes spéciaux, relèvement du taux de cotisation, intégration de fonctionnaires de l'État dans les collectivités locales), il serait de 820 millions d'euros : ce montant équivaut à environ quatre cinquièmes d'un mois de prestations, ce qui justifie donc de ne pas prévoir d'autorisation d'emprunt.

Il importe de rappeler que la notion de besoin de trésorerie ne doit pas être confondue avec celle de besoin de financement, qui s'apprécie non au jour le jour, mais sur un exercice donné, par comparaison de l'ensemble des charges et des produits. Si un besoin de trésorerie apparaît, même ponctuel, il doit être couvert par une avance, c'est-à-dire par des ressources non permanentes.

Une telle situation peut se présenter sans qu'il y ait nécessairement par ailleurs un besoin de financement, comme le montrent certains des régimes faisant l'objet de du présent article : les profils de trésorerie traduisent souvent un simple décalage entre les calendriers des encaissements et des tirages, tandis que l'ACOSS procède à des opérations pour compte de tiers (recouvrement de CSG pour le compte du FSV, des autres régimes d'assurance maladie et de la CNSA, recouvrement de CRDS pour le compte de la CADES, recouvrement de la contribution de solidarité pour l'autonomie pour la CNSA, versement de prestations pour le compte de l'État ou des départements).

1. Le régime général

De manière tout à fait inhabituelle, le présent article fixe deux plafonds pour le régime général : le traditionnel tableau, dont la première ligne est, comme de coutume, dédiée à ce régime, à hauteur de 17 milliards d'euros, est en effet complété par un alinéa qui précise que par dérogation, cette limite est fixée à 35 milliards d'euros pour la durée des trois premiers mois de l'exercice 2009.

Ce dispositif particulier vise bien entendu à tirer les conséquences de la reprise de la dette du régime général par la CADES (*cf. supra* article 10) : compte tenu de l'échelonnement des versements de la caisse, les effets de la reprise de dette sur la trésorerie se feront pleinement sentir à compter du deuxième trimestre.

Dès lors, grâce à la reprise de dette, le montant de 17 milliards d'euros, qui offre une marge de sécurité par rapport à un point bas estimé à l'heure actuelle à 15,3 milliards d'euros, sera, pour le reste de l'année, significativement inférieur à celui pour 2008, qui était fixé à 35 milliards d'euros.

Le cadre de la gestion de trésorerie du régime général est inchangé.

D'une part, la convention du 21 septembre 2006 conclue entre l'ACOSS et la Caisse des dépôts et consignations continue à s'appliquer. Fixant les frais de tenue du compte unique de disponibilités courantes (3,8 millions d'euros par an), elle a permis d'instaurer une nouvelle tarification des emprunts fondée sur cinq types d'avances (du jour même à trente jours) et sur de nouveaux placements (certificats de dépôts de moins de trois semaines à un mois).

Par rapport à la précédente convention de 2001, les placements sont non seulement diversifiés mais accordés à des conditions plus avantageuses. Ainsi, le gain pour les avances à 24 heures d'un montant supérieur à 3 milliards d'euros est de 6,5 points de base. En outre, l'ACOSS n'est plus limitée dans la part des avances consenties par la Caisse des dépôts et consignations sous la forme d'avances prédéterminées, moins coûteuses que les avances à 24 heures. Enfin, les maturités de placements et d'avances ne s'arrêtent plus au 31 décembre, mais peuvent courir jusqu'au 31 mars de l'exercice suivant. En contrepartie de ces différents avantages, l'ACOSS s'engage sur des prévisions à trois mois qui valent engagement.

D'autre part, l'article 38 de la LFSS 2007 a autorisé l'ACOSS à émettre des titres de créances négociables, ce qu'elle a fait dès la fin de l'année 2006 à hauteur de 5 milliards d'euros, soit le maximum autorisé par les tutelles, pour une opération bilatérale avec l'État soldée dès le 11 janvier 2007. Courant 2007, la crise financière a perturbé le déroulement du programme de billets de trésorerie, contraignant l'ACOSS à en relever le prix de 5,3 points de base, mais elle n'en a pas moins été en mesure d'émettre en moyenne en-deçà du prix moyen des avances de la Caisse des dépôts et consignations, réalisant ainsi un gain de 400 000 euros. En outre, les billets de trésorerie ont été mobilisés pour deux opérations financières : l'apurement de la dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale en octobre 2007, puis « *l'opération d'optimisation de la trésorerie des entités publiques* », pour reprendre les termes de l'annexe 9A au présent projet de loi, fin décembre 2007-début janvier 2008.

Compte tenu du plafond fixé par la LFSS 2008 (36 milliards d'euros) et déduction faite de la possibilité pour l'ACOSS d'émettre pour 5 milliards d'euros de billets de trésorerie, celle-ci a demandé à la Caisse des dépôts et consignations de financer 31 milliards d'euros en 2008. Fin 2007, suite à la crise de liquidités qui avait débuté au cours de l'été, la Caisse des dépôts et consignations a cependant averti l'ACOSS qu'elle ne s'engagerait à financer les avances à 24 heures et les avances prédéterminées aux taux convenus qu'à hauteur de

25 milliards d'euros en 2008 et que, pour les 6 milliards d'euros restants, elle déterminerait le prix de ses avances sur le taux EURIBOR 2 mois.

En 2008, l'ACOSS a mobilisé au maximum les avances prédéterminées à 30 jours et plus de la Caisse des dépôts et consignations, pour un encours moyen de 1,9 milliard d'euros entre janvier et août. Elle a par ailleurs réduit la durée moyenne des billets de trésorerie émis, afin de profiter de la liquidité disponible sur les marchés. Cela étant, l'annexe 9B au présent projet de loi estime que *« ces actions pourraient ne pas suffire pour rester en-deçà de la limite de 25 milliards d'euros à partir de laquelle les taux de financement demandés par la Caisse des dépôts et consignations équivalent à EONIA + 45 points de base. Dans ces conditions, l'État pourrait être amené à acheter lui-même pour une période courte d'une dizaine de jours des billets de trésorerie émis par l'ACOSS pour environ 3 milliards d'euros en octobre et novembre 2008 »*.

Le passage du solde à la variation de trésorerie s'effectue comme suit : avec un déficit de 8,9 milliards d'euros, la trésorerie de l'ACOSS ne se dégraderait que 7,5 milliards d'euros, soit une différence de 1,4 milliard d'euros. Cette différence résulte de plusieurs phénomènes agissant dans les deux sens : remboursements du FSV (+ 400 millions d'euros), décalage dans le versement de dotations à certains fonds (+ 400 millions d'euros), décalages temporels entre droits constatés et données de trésorerie (+ 1,4 milliard d'euros), diverses autres corrections (– 300 millions d'euros), et gestion au titre des tiers (– 700 millions d'euros).

Le solde moyen du compte unique de disponibilités courantes de l'ACOSS devrait s'élever à – 21,6 milliards d'euros, pour un point haut de – 9,4 milliards d'euros (au 8 février) et un point bas de – 31,9 milliards d'euros (au 14 novembre). De ce fait, 2008 marquerait un nouvel accroissement des frais financiers : avec un montant quotidien mobilisé moyen de 21,3 milliards d'euros (8,8 milliards d'euros en 2006 et 16,1 milliards d'euros en 2007), le résultat financier net de la trésorerie du régime général passerait à – 930 millions d'euros (contre – 272 millions d'euros en 2006 et – 648 millions d'euros en 2007), le coût de financement s'étant accru au premier semestre 2008 pour atteindre 4,08 %. L'encours moyen serait de 17,3 milliards d'euros pour les avances prédéterminées et de 2,6 milliards d'euros pour les billets de trésorerie, tandis que les avances à 24 heures ne se monteraient qu'à 1,6 milliard d'euros.

Au 1^{er} janvier 2009, le déficit de trésorerie atteindrait 27,6 milliards d'euros (contre 21,9 milliards d'euros un an plus tôt), mais, compte tenu de la reprise de dette, 13,1 milliards d'euros au 31 décembre. La variation de trésorerie (– 12,1 milliards d'euros avant reprise de dette) et le solde du régime général tel qu'approuvé à l'article 26 du présent projet (– 8,6 milliards d'euros) différeraient en raison du reversement de l'excédent 2008 du panier fiscal compensant l'exonération des heures supplémentaires (1 milliard d'euros), du solde du FSV (– 0,8 milliard d'euros) et du décalage entre enregistrements comptables et opérations de trésorerie (– 0,7 milliard d'euros). Pour un solde moyen au cours de

l'exercice estimé à -7,7 milliards d'euros, le point bas de trésorerie, au 13 janvier 2009, se situerait à 30,6 milliards d'euros.

2. Le régime des exploitants agricoles

Jusqu'en 2007, le FFIPSA, au moyen d'une convention de mandat, avait délégué la gestion de sa trésorerie à la CCMSA, qui finançait l'emprunt pour son compte auprès d'un syndicat bancaire choisi après mise en concurrence et avec lequel la caisse centrale a conclu une convention d'ouverture de crédit à court terme.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de septembre 2007, la Cour des comptes critiquait ce dispositif, estimant que « *le FFIPSA ne peut compléter le financement des prestations des exploitants agricoles gérés par les caisses de MSA qu'en demandant à la Caisse centrale de [la] MSA de procéder à un emprunt (de 3,1 milliards d'euros) pour financer son découvert* ». Elle relevait que « *cet emprunt a été garanti par une lettre de confort du FFIPSA alors même que celui-ci présente une situation nette négative justifiant le recours à cet emprunt* » et que le fonds ne disposait évidemment pas des ressources ou des actifs qui lui permettraient de faire face à ces engagements, et ce encore moins au vu des prévisions d'évolution de son besoin de financement.

La conclusion de la Cour condamnait cette architecture : « *Dès lors que l'État a confirmé à l'occasion de l'établissement de son bilan d'ouverture qu'il ne considèrerait pas le FFIPSA comme un opérateur de l'État dont il aurait à reprendre la situation nette dans son bilan, le montage actuel dissimule le déficit réel du régime des exploitants agricoles.* »

L'organisation du financement et de la gestion de la trésorerie du régime a été revue fin 2007 : elle est désormais totalement confiée au FFIPSA, qui négocie directement auprès d'établissements bancaires des ouvertures de crédit à court terme. En 2008, elles ont donné lieu à deux conventions financières, respectivement pour 7 milliards d'euros, signée auprès d'un syndicat bancaire mené par Calyon, et pour 1,4 milliard d'euros, signée avec Calyon (1 milliard d'euros) et la Société générale (400 millions d'euros). Le taux moyen des prêts s'est établi à 4,8 %.

Fixé à 8,4 milliards d'euros pour 2008, le plafond de ressources non permanentes du régime des exploitants agricoles se révélerait suffisant, le point bas (24 et 25 décembre) ne devant pas dépasser -7,5 milliards d'euros, pour un solde moyen qui devrait s'élever à -6,2 milliards d'euros. Au 31 décembre, l'encours du FFIPSA serait de -7,1 milliards d'euros, soit une dégradation de 2,4 milliards d'euros par rapport à l'exercice précédent, légèrement inférieure au déficit de 2008 (2,6 milliards d'euros).

En 2009, la disparition du FFIPSA entraînera le transfert à la CCMSA de la gestion des ressources du régime des non-salariés agricoles, qui disposera de l'autorisation d'emprunt pour le financement de ses besoins de trésorerie

(article 16 du présent projet de loi). Compte tenu du transfert à l'État de la dette contractée au 31 décembre 2008 au nom du FFIPSA et de l'affectation intégrale de la taxe sur les véhicules de société à la branche maladie du régime des non-salariés agricoles (article 27 du projet de loi de finances), la situation de trésorerie s'améliorera.

Atteint en fin d'année en raison du versement tardif du produit de la taxe sur les véhicules de société, le point bas s'élèverait à – 2,8 milliards d'euros, pour une moyenne annuelle de – 1,5 milliard d'euros. En fin d'exercice, le besoin de trésorerie serait de 1,4 milliard d'euros, soit une dégradation de la situation à hauteur du déficit prévu. Le plafond proposé (3,2 milliards d'euros) comprend donc une marge de 400 millions d'euros afin de faire face à d'éventuels aléas.

3. Le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État (FSPOEIE)

En 2008, le point bas de la trésorerie du fonds s'élève à + 76 millions d'euros, de telle sorte que l'autorisation d'emprunt, fixée à 150 millions d'euros par la LFSS 2008, se révèle superfétatoire, de même que celle qui avait été prévue en 2007.

En 2009, comme en 2008, le FSPOEIE devrait être proche de l'équilibre, mais il a paru à nouveau nécessaire d'envisager un plafond d'emprunt. En effet, depuis 2006, le versement de la subvention d'équilibre intervient en deux fois : 80 % aux environs du 20 janvier et le solde aux environs du 20 juin. De fait, début 2006, les contraintes du calendrier de versement ont rendu nécessaire le recours à un emprunt.

L'intention est donc de conserver une marge de manœuvre suffisante, à savoir un mois de trésorerie, en cas de décalage, en début d'année, dans le premier versement de l'État. Toutefois, au lieu de 150 millions d'euros les années précédentes, le plafond est fixé pour 2009 à hauteur de 100 millions d'euros, dans la mesure où le point bas serait de + 87 millions d'euros.

4. La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)

En baisse en 2008 (– 47 millions d'euros), le déficit s'accroîtrait dans le « tendanciel » 2009 (– 364 millions d'euros), principalement en raison de la diminution de plus de 200 millions d'euros de la subvention de l'État à la branche vieillesse.

Fixé à 200 millions d'euros pour 2007 puis à 400 millions d'euros pour 2008 (pour un point bas de – 296 millions d'euros), le plafond de ressources non permanentes de la CANSSM passerait à 700 millions d'euros en 2009. Ce montant permettra de couvrir le point bas de l'exercice, évalué à environ – 600 millions d'euros en fin d'année. La marge permet de tenir compte des incertitudes tenant aux produits provenant des compensations démographiques ainsi qu'à la date de

réalisation de différentes cessions d'immobilisations, dont le montant devrait atteindre 150 millions d'euros en 2009.

5. La Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)

Excédentaire (+ 23,5 millions d'euros) en 2007 grâce au produit de la contribution tarifaire d'acheminement perçue sur les prestations de transport et de distribution de gaz et d'électricité, la caisse serait en revanche déficitaire en 2008 (– 80 millions d'euros) aussi bien que dans le « tendancier » 2009 (– 164 millions d'euros). Il convient de rappeler que la CNIEG assure à la fois le versement des retraites de base (adossées sur le régime général) et complémentaires (adossées sur l'ARRCO-AGIRC). Bien entendu, c'est seulement au titre des droits de base que le plafond de ses ressources non permanentes peut être fixé en loi de financement.

Fixé à 500 millions d'euros pour 2007 puis à 550 millions d'euros en 2008, le plafond a permis de passer le point bas de – 490 millions d'euros. Le plafond est augmenté à 600 millions d'euros en 2008, pour un point bas presque identique à celui de 2008 (– 503 millions d'euros). Il s'agit essentiellement de faire face au décalage entre le versement trimestriel des pensions par la CNIEG et le rythme des transferts de la CNAV (au début d'un mois au titre du mois précédent).

6. La Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français (SNCF)

Instituée par le décret n° 2007-730 du 7 mai 2007, la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français, qui a succédé à la caisse de retraite et à la caisse de prévoyance, a été amenée dès, sa première année, à se voir fixer un plafond d'autorisation d'emprunt par la LFSS 2008, à hauteur de 1,7 milliard d'euros. Aux termes du même décret, c'est la SNCF qui, dans le cadre d'un mandat de gestion, assume, au nom de la caisse et pour son compte, la gestion de sa trésorerie. Devant initialement prendre fin au 31 décembre 2007, ce mandat a été prolongé par avenant, la signature de conventions de gestion de trésorerie entre la caisse et des partenaires financiers devant intervenir début 2009.

Le plafond pour 2008 avait été fixé à 1,7 milliard d'euros, bien que la branche vieillesse du régime spécial de la SNCF soit structurellement équilibrée par une subvention de l'État (3 090 millions d'euros en 2009). La nécessité de prévoir une autorisation d'emprunt tient à un profil de trésorerie particulier, traduisant le décalage entre le versement des pensions, selon un rythme trimestriel, et l'encaissement des cotisations, selon un rythme mensuel. D'importants besoins, que le versement de la subvention d'équilibre de l'État ne permet pas de lisser, surviennent donc au début de chaque trimestre.

Le plafond pour 2009 est fixé à 2,1 milliards d'euros. Il s'agit, selon l'annexe 9A au présent projet de loi, de tenir compte « *de l'incertitude des charges et cotisations, du contexte particulier de la réforme des retraites et des*

conditions de financement rendues plus difficiles depuis le déclenchement de la crise financière à l'été 2007 ».

7. La Caisse de retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens (CRPRATP)

De même que celui des industries électriques et gazières, le régime de retraite de la Régie autonome des transports parisiens (RATP) a été adossé au régime général fin 2005, ce qui s'est notamment traduit par la création d'une Caisse de retraites du personnel chargée de reprendre les obligations de la RATP en matière de pensions de ses personnels.

Depuis 2006, ce régime est structurellement équilibré par une subvention de l'État, dans l'attente de la conclusion de conventions financières avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et les institutions de retraite complémentaire destinées à mettre en place cet adossement.

Dès lors, en l'absence de signature de ces conventions, le versement de la subvention de l'État (414 millions d'euros en 2007 et 460 millions d'euros en 2008) a évité jusqu'à présent le recours à l'emprunt, alors qu'un plafond de 50 millions d'euros avait été prévu tant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 que dans la loi de financement pour 2008.

Ce montant est reconduit pour 2009, afin de permettre à la CRPRATP de faire face à ses obligations au titre des prestations dans l'hypothèse de la mise en œuvre de l'adossement de ce régime spécial au régime général.

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Dominique Tian, tendant à supprimer la possibilité pour l'ACOSS de disposer d'un plafond d'emprunts de trésorerie de 35 milliards d'euros au premier trimestre 2009.

M. Yves Bur, rapporteur. Je suis défavorable à cet amendement, qui est hélas techniquement impossible à mettre en œuvre. Par ailleurs, la CADES gère très efficacement la dette et n'a nullement été touchée par les effets de la crise financière.

*La Commission **rejette** cet amendement, puis **adopte** l'article 30 sans modification.*

*Puis elle **adopte** la troisième partie du projet de loi ainsi modifiée.*

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2009

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Avant l'article 31

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson, portant article additionnel avant l'article 31.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement, qui a pour objet de permettre aux centres de santé de conclure des contrats avec les caisses d'assurance maladie, s'inscrit notamment dans la ligne du rapport établi par M. Georges Colombier au titre de la mission d'information sur la prise en charge des urgences médicales et du rapport fait par M. Marc Bernier sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire dans le cadre de la mission d'information présidée par M. Christian Paul. Il devrait donc faire l'unanimité au sein de notre Commission.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Un amendement adopté l'an dernier a déjà inscrit cette disposition à l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale, qui dispose que les « *organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie* ».

Mme Catherine Génisson. Il sera néanmoins utile d'aborder cette question lors du débat en séance publique, car la méconnaissance de ce dispositif est préjudiciable à l'organisation territoriale de l'offre de soins. L'argument du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail est imparable, mais pourquoi ce dispositif n'est-il ni connu ni appliqué ? Nous redéposerons un amendement dont la discussion en séance publique nous donnera l'occasion de poser la question au Gouvernement.

Je retire l'amendement.

L'amendement est retiré.

Article 31

**Participation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) aux négociations conventionnelles –
Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins**

Conformément à l'accord passé le 28 juillet entre le Gouvernement et la Mutualité, cet article propose, d'une part, de associer l'Union nationale des

organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) aux négociations conventionnelles et, d'autre part, de modifier certaines règles relatives aux expérimentations permises par l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 en matière de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins.

*

La Commission examine un amendement de M. Yves Bur tendant à inclure les soins thermaux parmi ceux pour lesquels l'association de l'UNOCAM aux discussions sera obligatoire.

M. Yves Bur. Cet amendement est le premier de deux amendements et vise à limiter à 35 % le remboursement des cures thermales pour les personnes qui ne sont pas en affection de longue durée (ALD). L'UNOCAM pourra ainsi s'investir dans ce domaine.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le sujet est ancien mais l'amendement me paraît recevable. Avis favorable.

La Commission adopte cet amendement.

Puis elle adopte un amendement du rapporteur tendant à corriger deux erreurs matérielles à l'alinéa 2 de l'article 31.

Elle examine ensuite un amendement de M. Roland Muzeau tendant à préciser que la disposition figurant à l'alinéa 3 de l'article 31 est relative aux soins d'optique et aux soins dentaires.

M. Roland Muzeau. À notre connaissance, les soins d'optique et les soins dentaires sont les seuls à être remboursés à moins de 50 %. Le Président de la République s'était engagé pendant sa campagne à corriger cette grave anomalie.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La part des organismes d'assurance complémentaire dans la prise en charge de certains soins et certains produits de santé est susceptible d'évoluer. Il ne faut pas fermer la porte, par exemple, à une convention avec les audioprothésistes ou dans d'autres secteurs où les remboursements de l'assurance maladie seraient minoritaires.

Mme Catherine Génisson. Le débat relatif à la répartition des remboursements entre régime général et assurances complémentaires est un débat citoyen qui n'a pas encore eu lieu. Il serait prématuré de figer les choses. En principe, tous les soins doivent relever du régime général, même si l'on en arrive à définir des taux de remboursement très faibles, voire nuls.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je ne dis pas autre chose.

M. Yves Bur. Voyez par exemple la restriction du remboursement des soins thermaux que nous venons de voter. La loi de 2004 visait à ce que

l'UNOCAM soit un partenaire de l'assurance maladie dans la gestion du risque. Quatre ans après, nous constatons que ce partenariat est resté virtuel. Il serait normal que les assurances complémentaires, qui parlent beaucoup de la gestion du risque mais qui l'ont jusqu'à présent très peu pratiquée, aient voix au chapitre dès lors que l'essentiel de certains remboursements leur incombent. Cela leur permettrait aussi de mieux contrôler certaines dépenses, notamment les dépassements d'honoraires.

M. Roland Muzeau. Comme Mme Génisson, je suis pour le maintien de l'universalité de la sécurité sociale. Mais le problème des soins dentaires et optiques est le même depuis des années. Nous devons en débattre en séance publique avec le Gouvernement.

M. Marc Bernier. Il vaudrait mieux éviter l'expression « soins dentaires ». Ce qui coûte très cher aux assurés, ce sont les prothèses dentaires. Les nomenclatures de la sécurité sociale étant totalement périmées en matière de dentisterie, les remboursements à hauteur de 300 % du tarif de l'assurance maladie que promettent certaines complémentaires ne représentent pas grand-chose. Il faut que les assurés prennent garde !

Mme Catherine Génisson. Le dispositif prévu par la loi de 2004 est un échec. Il faut reprendre le problème à la base en analysant la relation entre régime général et régimes complémentaires. On ne peut se contenter de mesurètes.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Voilà longtemps que l'UNOCAM veut participer pleinement, aux côtés de l'assurance maladie, aux négociations conventionnelles et entrer dans le cadre de certaines conventions avec les partenaires professionnels. L'occasion lui en est maintenant donnée.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement du rapporteur tendant à ce que l'UNOCAM remette au Parlement un rapport annuel sur sa politique conventionnelle.

Mme Catherine Génisson. Il est souhaitable que le Parlement soit informé tant par l'UNOCAM que par l'UNCAM. Mais cela signifie-t-il dire que la frontière soit déjà définie entre les compétences de l'une et de l'autre ? Si tel était le cas, ce serait inquiétant.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. C'est dans la réforme de 2004. Depuis cette date, la mutualité réclame à cor et à cri d'avoir un siège à la table des négociations conventionnelles et non plus un strapontin.

La Commission adopte cet amendement.

Elle adopte également un amendement du rapporteur tendant à rectifier une incohérence rédactionnelle à l'alinéa 9 de l'article 31, ainsi qu'un

amendement de M. Yves Bur mettant en œuvre la réduction de la prise en charge des cures thermales par l'assurance maladie obligatoire.

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à supprimer une disposition prévoyant la remise au Parlement d'un rapport du Gouvernement sur la possibilité de généraliser les expérimentations en matière de rémunération des professionnels de santé.

M. Jean-Luc Prével. Seuls le rapport de la Cour des comptes et ceux des rapporteurs du PLFSS sont importants. Les autres, personne ne les lit !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. On se plaint assez de ne pas avoir d'informations !

*La Commission **adopte** l'amendement.*

*Après avis défavorable du rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, elle **rejette** ensuite un amendement de M. Dominique Tian visant à associer les organisations nationales représentatives des établissements de santé et les organisations syndicales aux négociations conventionnelles susceptibles d'avoir des répercussions sur le financement et le fonctionnement des établissements de santé.*

*Puis elle **adopte** l'article 31 ainsi modifié.*

Après l'article 31

La Commission est saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à ce que les négociations au sein des mutuelles soient tripartites, avec l'UNCAM, l'UNOCAM et l'Union nationale des professions de santé (UNPS).

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles. Avis défavorable. L'UNOCAM participe déjà aux négociations et l'UNPS n'est pas représentative.

*La Commission **rejette** l'amendement de M. Jean-Luc Prével.*

Elle est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à créer un fonds national pour la promotion de la nutrition.

M. Jean Mallot. Cette proposition va dans le sens du récent rapport d'information sur la prévention de l'obésité.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. C'est une proposition de santé publique qui sera intégrée au projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». Dans le texte actuel, elle constituerait un cavalier. Avis défavorable.

M. Jean Mallot. Dois-je comprendre que vous la voterez à cette occasion ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La loi HPST comprend tout un volet de prévention, avec un budget augmenté de 7 à 10 %.

La Commission rejette l'amendement de Mme Génisson.

Elle est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson prévoyant la participation d'un représentant des usagers au conseil de l'UNCAM.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Les patients sont déjà représentés, puisque les syndicats de salariés siègent au conseil d'administration.

M. Patrick Roy. Ce n'est pas parce que les salariés sont représentés que les usagers le sont !

La Commission rejette cet amendement.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à créer une union nationale des représentants d'associations d'usagers agréées ayant avis consultatif dans les négociations conventionnelles.

Elle est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson visant à exonérer des franchises médicales les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. L'effort doit être collectif. Les cinq millions de bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire sont déjà exonérés des franchises.

M. Patrick Roy. Le fait par exemple que les victimes de l'amiante soient soumises aux franchises est pourtant intolérable.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cela fera l'objet d'un débat en séance publique.

Mme Aurélie Filippetti. Les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont déjà indemnisées au forfait. Il est scandaleux de les soumettre en plus aux franchises médicales.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à ce que les enfants de foyers au revenu inférieur ou égal au salaire minimum indexé de croissance (SMIC) puissent bénéficier de la CMU complémentaire.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable. La tranche d'âge de la naissance à vingt ans est déjà très fortement représentée dans la CMU complémentaire par rapport à la population générale.

Mme Catherine Génisson. Sur deux millions d'enfants pauvres, environ un million ne sont pas couverts. Cet amendement est vraiment la moindre des choses.

La Commission rejette cet amendement.

M. le Président Pierre Méhaignerie. Plusieurs centaines de milliers de personnes qui ont droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) n'en bénéficient pas, faute d'information. C'est un problème très important à régler.

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson visant à éviter l'instauration de nouvelles franchises médicales.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le principe des franchises est désormais acquis. Nous ne les remettons pas en cause.

Mme Catherine Génisson. C'est une décision très grave. Les effets négatifs de ces franchises se font déjà sentir sur la santé publique. De nombreux rapports montrent qu'elles ont détourné des malades de soins nécessaires.

La Commission rejette cet amendement.

Elle est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à étendre les conditions d'application de certaines dérogations à la procédure par laquelle les médecins étrangers peuvent être autorisés à exercer en France.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Votre proposition concerne des médecins qui sont en France depuis plus de trois ans et qui ont des diplômes reconnus. La ministre a récemment fait connaître sa position par une réponse écrite, et ce problème sera réglé dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoire » – nous nous y engageons, mais c'est trop compliqué pour être fait aujourd'hui.

Mme Catherine Génisson. Je vous fais confiance, mais j'insiste sur l'urgence de cette mesure. Si ces médecins n'exerçaient pas, vous pourriez tout simplement fermer les hôpitaux publics ! Un traitement discriminatoire est totalement inacceptable vis-à-vis de ces médecins, mais aussi de la population, qui en conçoit le sentiment d'une médecine à deux vitesses. Un certain nombre de mesures concernant les médecins figurent dans le PLFSS. Pourquoi pas celle-là ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. C'est trop compliqué. Un examen a été organisé pour autoriser des médecins étrangers à exercer. Reste à étudier le cas de la cinquantaine de médecins qui ont refusé de s'y soumettre. Nous réglerons ce problème dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoire », mais il faut fixer des

critères : connaissances médicales et de la langue, durée de présence en France, certificat de la part de leur chef de service...

Mme Catherine Génisson. Mais en attendant, ces médecins exercent de manière illégale ! En cas de problème, quelle sera la responsabilité du directeur de l'hôpital et du ministère de la santé ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Nous poserons la question à la ministre.

La Commission rejette cet amendement.

Article 32

Suivi des propositions formulées par le rapport annuel sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie

Cet article prévoit que le rapport annuel de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) sur les produits et les charges de l'assurance maladie doit présenter un bilan détaillé des négociations conventionnelles ainsi que de la mise en œuvre des propositions de l'année précédente retenues par la loi de financement de la sécurité sociale.

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Yves Bur visant à ce que ce rapport évalue l'impact financier des mesures prises pour assurer le respect de l'ONDAM.

M. Yves Bur. L'ONDAM est fait pour être respecté. On ne peut pas accepter les dépassements réguliers qui ont lieu. Je souhaite donc donner plus d'importance au comité d'alerte et lui permettre d'apprécier l'efficacité des mesures proposées par l'assurance maladie pour l'année en cours, mais aussi la suivante.

Après avis favorable du rapporteur, la Commission adopte cet amendement.

Elle adopte également un amendement de M. Yves Bur avançant d'un mois la date de remise de l'avis annuel du comité d'alerte sur le respect de l'ONDAM.

Elle adopte l'article 32 ainsi modifié.

Après l'article 32

La Commission examine deux amendements identiques de MM. Olivier Jardé et Dominique Tian tendant à étendre la prise en charge par l'assurance

maladie des prestations des établissements de santé privés à la rémunération de médecins salariés.

M. Olivier Jardé. Il s'agit de permettre aux établissements de santé privés de répondre aux exigences du service public hospitalier, pour ce qui est notamment de la continuité des soins.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cette disposition relève de la future réforme hospitalière, que nous devons examiner bientôt.

MM. Olivier Jardé et Dominique Tian retirent leurs amendements.

À la demande du rapporteur, Mme Jacqueline Fraysse retire un amendement tendant à aménager les conditions d'autorisation des médecins étrangers à exercer en France.

La Commission adopte l'article 32 sans modification.

Article 33

Rémunération des enseignants de médecine générale

Cet article institue pour les personnels enseignants des universités de médecine générale une rémunération complémentaire à celles qu'ils tirent, d'une part, de leur fonction d'enseignement, et d'autre part, de leur fonction de soins.

*

La Commission adopte l'article 33 sans modification.

Après l'article 33

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson, tendant à assurer la représentation des usagers au sein des commissions de l'activité libérale.

Mme Catherine Génisson. Cette mesure permettra de mieux encadrer la pratique libérale à l'hôpital, notamment en ce qui concerne les dépassements d'honoraires. Elle est en outre conforme à l'esprit de la loi relative aux droits des malades auxquels elle tend à conférer des droits collectifs.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La représentation des usagers est déjà assurée au sein du conseil d'administration de l'hôpital. Cette mesure relève de plus de la réforme de la gouvernance de l'hôpital, que nous aborderons de façon globale avec le projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

La Commission rejette l'amendement de Mme Génisson.

Article additionnel après l'article 33

Fixation par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de la contribution forfaitaire due par les médecins pour transmission non électronique des feuilles de soins

La Commission examine un amendement de M. Yves Bur tendant à rendre obligatoire la télétransmission des feuilles de soins.

M. Yves Bur. Cette mesure vise à réduire les frais de traitement des feuilles de soins qui pèsent encore sur l'assurance maladie et les patients. Il reviendra à la négociation conventionnelle de déterminer les exceptions éventuelles.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je suis favorable à cette obligation, pourvu qu'elle soit assortie de véritables dérogations.

Mme Catherine Génisson. Le groupe socialiste, radical, citoyen et divers gauche demande à cosigner cet amendement qu'il approuve totalement.

La Commission adopte l'amendement.

Article 34

**Référentiels de prescription
et procédure d'accord préalable pour certains actes en série**

Cet article vise à homogénéiser les prescriptions d'actes en série, en les soumettant à des référentiels de prescription, auxquels il ne sera possible de déroger qu'avec l'accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie.

*

La Commission est saisie de deux amendements identiques de M. Jean-Luc Préel et de Mme Jacqueline Fraysse visant à supprimer l'article.

M. Jean-Luc Préel. En ce qui concerne la lutte contre les dérives en matière de prescription, la responsabilisation des professionnels de santé est préférable à la procédure de l'accord préalable.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable. La procédure de l'accord préalable ne s'appliquera qu'aux actes en série dérogeant aux référentiels de la Haute autorité de santé.

Mme Jacqueline Fraysse. Sans défendre certains excès, je conteste le rôle économique que l'on veut faire jouer à la Haute autorité de santé, car cela ébranlerait la confiance des médecins dans les préconisations de cette autorité.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cette disposition n'enlève rien au caractère médical et scientifique du contrôle exercé par la Haute autorité de santé.

La Commission rejette ces deux amendements.

Puis la Commission examine trois amendements identiques de M. Olivier Jardé, de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Jean-Claude Mathis tendant à reconnaître aux partenaires conventionnels un rôle consultatif dans la définition des référentiels en cas d'actes réalisés en série.

M. Olivier Jardé. Il s'agit d'assurer une prescription non quantitative en cas d'actes en série.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il ne me semble pas utile de consulter les partenaires conventionnels sur des questions qui ne relèvent pas de la négociation conventionnelle, mais de la science médicale, et sur lesquelles la Haute Autorité consulte déjà les professionnels.

M. Olivier Jardé. Comment expliquer alors les disparités considérables entre les traitements prescrits, notamment en matière de kinésithérapie ?

M. Jean-Claude Mathis. C'est précisément parce qu'il n'existe pas de référentiels en la matière.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ce qui prouve la pertinence de l'article 34.

La Commission rejette ces amendements.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette un amendement de Mme Fraysse tendant à supprimer le caractère exceptionnel de poursuite d'un traitement, avec l'accord préalable de l'assurance maladie, au-delà du nombre maximal d'actes fixé par un référentiel.

Puis elle adopte l'article 34 sans modification.

Après l'article 34

La Commission examine un amendement de M. Olivier Jardé tendant à assurer une allocation d'études aux étudiants en masso-kinésithérapie qui s'engagent à exercer trois ans dans le service public hospitalier de leur région de formation.

M. Olivier Jardé. Il s'agit de lutter contre les déserts médicaux dans le domaine de la kinésithérapie.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement est irrecevable au titre de l'article 40. En outre ces questions de démographie médicale seront au cœur de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

L'amendement est retiré.

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Lemorton tendant à créer un corps de délégués de santé copiloté par la Haute autorité de santé (HAS) et la CNAMTS.

Mme Catherine Lemorton. Les délégués de l'assurance maladie (DAM) ont pour mission de délivrer aux médecins libéraux une information en matière de médicaments qui soit objective et indépendante. Afin de renforcer leur crédit auprès des médecins, il convient de les placer sous la conduite de la HAS.

M. Jean Mallot. La Commission devrait approuver cet amendement puisqu'il est, comme les suivants, issu des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur le médicament, dont les préconisations ont été adoptées à l'unanimité.

M. Pierre Morange. En tant que vice-président de la MECSS, je ne peux qu'être favorable sur le fond à cet amendement que nous avons adopté à l'unanimité. Je formule en revanche des réserves quant à sa rédaction, notamment sur la notion de copilotage.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le mécanisme de gouvernance est en effet trop complexe : la HAS ne « dispose » pas des DAM, qui ne sont pas « gérés administrativement » par la CNAMTS : cette dernière les prend en charge, y compris financièrement.

M. Yves Bur. La HAS n'ayant pas vocation à gérer du personnel, il vaudrait mieux préciser qu'elle doit doter les DAM de référentiels d'intervention auprès des médecins.

M. Jean Mallot. On pourrait parler d'une « mise à disposition » de ces DAM.

M. Pierre Morange. La notion d'agrément me paraît meilleure.

M. le président Méhaignerie. Nous pourrions récrire cet amendement dans le cadre de la réunion tenue en application de l'article 88.

L'amendement est retiré.

Article additionnel après l'article 34

Obligation d'afficher des liens vers les sites institutionnels sur les sites informatiques dédiés à la santé

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Catherine Lemorton, visant à rendre obligatoire l'affichage sur les sites informatiques dédiés à la santé de liens vers les sites institutionnels.

Mme Catherine Lemorton. Les sites d'information, voire de vente, dédiés à la santé échappent actuellement au contrôle des autorités sanitaires.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cette mesure, également préconisée par la MECSS, relève du domaine réglementaire.

M. Pierre Morange. Cet amendement est justifié par le problème sanitaire que constitue la vente de médicaments ou la diffusion d'informations dans ce domaine par des sites qui n'ont pas l'agrément des autorités sanitaires.

Mme Martine Billard. Si l'intention est bonne, la mesure sera inefficace, beaucoup de ces sites étant hébergés à l'étranger.

M. Jean Mallot. Puisque personne ne conteste le fond de l'amendement, qu'il soit l'occasion de demander au Gouvernement de s'attaquer à ce problème : l'existence de sites agréés serait en soi un progrès, même si cela ne résolvait pas tous les problèmes.

M. Pierre Morange. Cet amendement a une vocation pédagogique.

M. Yves Bur. Le problème de l'information sur le médicament a une dimension européenne. En outre, les logiciels de prescription agréés par la HAS contribueront à résoudre ce problème.

La Commission adopte l'amendement.

Après l'article 34

La Commission est ensuite saisie d'un amendement de Mme Catherine Lemorton tendant à subordonner l'inscription sur la liste des médicaments donnant lieu à remboursement à la réalisation d'essais cliniques contre comparateurs.

Mme Catherine Lemorton. Dans le cadre des essais cliniques réalisés avant l'autorisation de mise sur le marché de nouvelles molécules, celles-ci doivent être comparées à des stratégies thérapeutiques déjà existantes, et non seulement à des placebos. Je rappelle que 85 % de la croissance du marché des médicaments sont dus aux nouveaux médicaments, alors que l'amélioration du service médical rendu est faible ou nulle pour 55 % d'entre eux.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable, cette mesure me paraissant difficile à mettre en œuvre.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Catherine Lemorton visant à faire établir par la Haute autorité de santé (HAS) un classement des médicaments selon leur niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR).

Mme Catherine Lemorton. Une hiérarchisation de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) pour chaque classe thérapeutique constituerait une amélioration des référentiels fort utile aux médecins.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable : la Haute autorité de santé publie déjà une liste des médicaments en fonction de leur niveau d'amélioration du service médical rendu.

M. Jean Mallot. Je m'étonne de voir le rapporteur s'opposer à des amendements qui ont été approuvés à l'unanimité par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS).

M. Pierre Morange. Je n'ai pas d'opposition sur le fond, car j'ai voté en faveur de toutes les préconisations du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). Toutefois, je regrette que la rédaction de cet amendement n'ait pas fait l'objet d'une coproduction au sein de la MECSS. Ce serait plus démocratique et plus conforme à nos objectifs.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Nous sommes tous favorables à cette idée. Mais on ne peut la traduire au plan législatif sans avoir mené au préalable une réflexion sur les moyens dont dispose la Haute autorité de santé. Ne la surchargeons pas encore ! Par conséquent, avis défavorable.

La Commission rejette cet amendement.

Article additionnel après l'article 34

Pénalité financière en cas d'absence d'études postérieures à l'autorisation de mise sur le marché

La Commission examine ensuite trois amendements soumis à discussion commune, respectivement déposés par le rapporteur, par M. Yves Bur et par Mme Catherine Lemorton, tendant à instaurer une procédure de pénalité financière en cas d'absence d'études postérieures à l'autorisation de mise sur le marché ou de retard dans leur réalisation.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Afin de rendre les contrôles plus efficaces, il s'agit de remplacer le dispositif actuel de sanction, qui repose sur une réduction du prix des produits concernés, par une procédure de pénalité financière. C'était une des préconisations du rapport de la MECSS.

Les amendements de M. Yves Bur et de Mme Catherine Lemorton sont retirés, leurs auteurs cosignant l'amendement du rapporteur.

La Commission adopte cet amendement.

Article 35

Groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés

Cet article vise à instituer une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du futur groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés, qui sera chargé de piloter la « relance » du projet de dossier médical personnel (DMP).

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Yves Bur tendant à supprimer l'article.

M. Yves Bur. Les errements constatés dans la mise en place du dossier médical personnel (DMP) n'incitent guère à la création d'une nouvelle structure. Laissons plutôt les professionnels de santé piloter eux-mêmes cette démarche. Nous verrons plus tard s'il existe un besoin de coordination.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La mission d'information que j'avais présidée à ce sujet avait conclu à la nécessité de renforcer le pilotage du projet DMP. Vous ne serez donc pas étonné que je vous invite à retirer votre amendement.

Mme Martine Billard. Il est indiqué que le montant de la dotation au groupement d'intérêt public (GIP) chargé du développement des systèmes d'information partagés est fixé par le ministre chargé de la sécurité sociale. Pourrions-nous avoir quelques indications à ce sujet ? Il ne faudrait pas voter ce budget les yeux fermés.

Mme Catherine Génisson. Je fais mienne cette interrogation, et je suis tentée par la proposition de M. Bur. Compte tenu de la situation financière désastreuse de la sécurité sociale et du fiasco qu'a été l'instauration du DMP, il faudrait jouer *pianissimo*.

L'amendement est retiré.

La Commission examine un amendement du rapporteur tendant à ce que l'élaboration et la mise en œuvre du numéro identifiant de santé soient assurées par l'Agence des systèmes d'information de santé partagés (ASIP).

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'objectif est d'accélérer le processus, car l'absence du numéro identifiant de santé est un obstacle au développement du DMP et à la continuité des soins.

Pour répondre à Mme Billard, le groupement d'intérêt public partagé chargé de mettre en œuvre le DMP (GIP-DMP) sera remplacé par le futur groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information

de santé partagés, qui sera dénommé Agence des systèmes d'information de santé partagés (ASIP), si bien qu'il y aura en fait un transfert de financement.

M. Yves Bur. L'idée de confier ce projet à une agence nouvellement créée m'inquiète. Je doute que cela permette d'aller plus vite.

La Commission adopte cet amendement.

Puis elle adopte l'article 35 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 35

**Extension du dossier pharmaceutique aux établissements de santé
et aux structures médico-sociales**

La commission est saisie d'un amendement du rapporteur visant à étendre l'usage du dossier pharmaceutique aux hôpitaux et aux établissements médico-sociaux.

Mme Catherine Génisson. Cette proposition part d'un bon sentiment, et présente une grande utilité pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, où l'intervention médicale reste encore en pointillés. Mais il ne faudrait pas alourdir encore la chape de plomb qui pèse sur les hôpitaux en instaurant une nouvelle contrainte. Il faut certes assurer une continuité dans la prescription pharmaceutique, mais la solution proposée me laisse perplexe.

M. Guy Malherbe. Je n'ai pas d'objection sur le fond, mais je m'interroge sur le coût du dispositif. Qui paiera ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je l'ignore, mais ce coût ne devrait pas être très élevé. D'autre part, une meilleure coordination des soins devrait permettre de réaliser des économies sur les dépenses de médicament.

M. Paul Jeanneteau. Il suffirait d'augmenter de 50 à 60 euros la cotisation des pharmaciens hospitaliers au conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

Mme Catherine Lemorton. Ce n'est pas une simple question de coût, mais de santé publique. L'extension du dossier pharmaceutique aux hôpitaux présente un intérêt indéniable, notamment au sein des urgences. Et je ne suis pas certaine qu'il en résulterait une charge de travail supplémentaire : il suffira d'utiliser une carte magnétique pour connaître tous les médicaments prescrits au cours des mois précédents.

Mme Catherine Génisson. Ce n'est pas le pharmacien hospitalier qui mettra en place le dossier pharmaceutique, mais les praticiens hospitaliers au sein de leurs services. L'idée me semble bonne, mais je m'interroge sur le fonctionnement du dispositif.

La Commission adopte l'amendement du rapporteur.

Article additionnel après l'article 35

Procédure expérimentale de fixation du prix des médicaments génériques par appel d'offres

La Commission examine un amendement de M. Yves Bur tendant à instaurer une procédure expérimentale d'appels d'offres pour les médicaments génériques.

M. Yves Bur. Il existe de nombreux exemples de médicaments génériques coûtant plus cher en France que dans d'autres pays : une même statine, produite par le même fabricant, est vendue en France 17,70 euros hors taxes, contre 1,26 euros aux Pays-Bas ; je pourrais également citer un médicament qui coûte 15,11 euros en France et 1,34 euros aux Pays-Bas...

Dans le but de pousser à une baisse des prix, je propose d'autoriser le Comité économique des produits de santé (CEPS) à lancer des appels d'offres expérimentaux sur trois molécules.

Les économies réalisées – environ 50 millions d'euros – pourraient être affectées à la prise en charge de médicaments innovants ou onéreux.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Nous réfléchissons depuis longtemps à ce type d'expérimentations, notamment dans le cas des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). Avis favorable.

La Commission adopte cet amendement.

Après l'article 35

Elle examine ensuite un amendement de M. Dominique Tian tendant à instaurer une procédure conventionnelle de fixation des tarifs des séjours hospitaliers.

M. Dominique Tian. Cet amendement favoriserait la convergence entre les tarifs et renforcerait la transparence.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable, car nous nous heurterions à de graves difficultés de gestion.

Il existe aujourd'hui de profondes divergences entre la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) et la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP).

M. Dominique Tian. La ministre de la santé avait annoncé le dépôt d'un rapport sur la fixation des coûts de production des soins hospitaliers. Où en est-on ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Nous avons bien reçu le rapport.

La Commission rejette cet amendement.

La Commission examine ensuite un amendement de M. Dominique Tian tendant à ce que les régimes obligatoires d'assurance maladie procèdent à la liquidation médicalisée en ligne des remboursements dus aux patients en affections de longue durée.

M. Dominique Tian. Les économies envisageables sont notables, car la prise en charge des ALD devrait un jour représenter 80 % des dépenses.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. La mise en œuvre de cette proposition me semble délicate. Il faudrait d'abord consulter la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), puisqu'il s'agit de constituer des données personnelles des patients.

M. Dominique Tian. C'est un problème réglementaire dont nous n'avons pas à connaître : si cet amendement est adopté, ce sera au pouvoir exécutif de saisir la CNIL. Il ne faudrait pas présupposer qu'elle rendra un avis négatif !

Mme Catherine Génisson. Outre un certain « flicage », cet amendement implique de renforcer considérablement le nombre de médecins conseils du service médical de l'assurance maladie au sein de la sécurité sociale. En effet, la liquidation ne pourra avoir lieu qu'après avis médical. Il n'est donc pas certain qu'il en résultera des économies.

M. le président Pierre Méhaignerie. Evitons de parler de « flicage », mes chers collègues. Chacun sait que notre État social doit être mieux géré. Nous devons nous atteler à cette tâche. D'autre part, je constate que de nombreux amendements portant articles additionnels ont été déposés cette année. Je suggère donc au rapporteur de faire circuler, avant la discussion publique, une note indiquant quelles dispositions lui semblent prioritaires. Le débat y gagnera en clarté.

M. Dominique Tian. Parler de « flicage » est outrancier. C'est une simple mesure de bonne gestion. Le directeur de la sécurité sociale y voit un moyen souhaitable de réaliser des économies.

La Commission rejette cet amendement.

Article 36

Dispositif de régulation des prescriptions de spécialités pharmaceutiques financées en sus des groupes homogènes de séjour et validation de la prescription des médicaments orphelins

L'article 36 a pour objet de mettre en place un dispositif de régulation de la prescription des médicaments pris en charge en sus des groupes homogènes de

séjour, de prévoir qu'en l'absence de numéro personnel identifiant du médecin, l'assurance maladie ne prendra pas en charge les factures présentées par l'hôpital au titre de ces médicaments et d'offrir de meilleures garanties en matière de prescription de médicaments orphelins.

*

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à supprimer l'analyse des prescriptions dans les établissements de santé des médicaments pris en charge en sus des Groupes homogènes de séjour (GHS) et le dispositif de régulation de leur prescription.

M. Olivier Jardé. Les hôpitaux ne doivent pas être pénalisés parce qu'ils soignent correctement leurs patients. Si les dépenses occasionnées sont trop élevées, il revient au Comité économique des produits de santé de revoir le prix des spécialités pharmaceutiques financées en sus des GHS.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Ce mécanisme permettra de mieux analyser et réguler les prescriptions de médicaments qui contribuent fortement au dynamisme des dépenses de santé.

La Commission rejette cet amendement, ainsi qu'un amendement de Mme Catherine Lemorton portant sur le même sujet.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement tend à inclure les dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale dans le mécanisme d'encadrement des dépenses.

Après avis favorable du rapporteur, la Commission adopte cet amendement, à l'unanimité.

Puis elle examine un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à ce que l'observatoire économique de l'hospitalisation privée et publique intervienne dans la fixation du taux prévisionnel d'évolution des dépenses des spécialités pharmaceutiques financées en sus des GHS.

M. Jean-Luc Prével. Sans remettre en cause la nécessité de maîtriser les dépenses occasionnées par les médicaments onéreux, nous avons besoin d'une véritable concertation.

Nous obtiendrons ainsi l'adhésion des établissements.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable. C'est le Conseil de l'hospitalisation qui est aujourd'hui chargé d'émettre une recommandation. Ne compliquons pas le système.

La Commission rejette cet amendement, de même que deux autres amendements du même auteur, tendant d'une part à associer les fédérations représentatives des établissements de santé et l'Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations technologiques (OMEDIT) au plan d'action pour réguler les prescriptions pharmaceutiques et d'autre part à supprimer la réduction de la part prise en charge par l'assurance maladie en cas de refus de signer le plan d'action visant à maîtriser l'évolution des dépenses ou en cas de non-respect de ce plan.

Elle examine ensuite un amendement de M. Yves Bur tendant à ce que les établissements de santé prennent en charge, dans tous les cas, 10 % du tarif des produits financés en sus des prestations d'hospitalisation.

M. Yves Bur. Face à l'explosion des dépenses, nous devons responsabiliser les établissements en les faisant participer financièrement. On pourra discuter du taux, c'est le principe qui compte.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement pénaliserait les établissements qui ont signé des contrats de bon usage et qui les respectent. Par conséquent, avis défavorable.

M. Yves Bur. Je le répète : tant qu'on n'est pas responsable financièrement, on se sent libre de prescrire tout ce que l'on veut.

La Commission rejette cet amendement, de même qu'un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à inclure le dispositif de régulation proposé dans les contrats de bon usage.

Elle examine ensuite un amendement de Mme Catherine Lemorton ayant pour objet de supprimer la mention d'une validation de la prescription initiale des médicaments orphelins par le centre de référence compétent.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable, car il est nécessaire de s'entourer des meilleures garanties médicales dans la prescription de ces médicaments.

La commission rejette cet amendement.

La Commission examine ensuite un amendement du rapporteur tendant à ramener de 2012 à 2010 la date à laquelle l'assurance maladie ne prendra plus en charge les spécialités pharmaceutiques prescrites en sus des prestations d'hospitalisation en l'absence du numéro personnel identifiant du médecin.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La création d'une Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) destinée à améliorer l'efficacité des établissements de santé et médico-sociaux devrait être de nature à faciliter les ajustements nécessaires dans les systèmes d'information hospitaliers.

Mme Catherine Génisson. J'ai souvent dénoncé le scandale qu'est l'informatisation médicale des hôpitaux : des sommes folles ont été dépensées pour rien, car nous en sommes toujours à un stade larvaire.

Je suis d'accord avec vous sur le fond, monsieur le rapporteur, mais je trouve votre proposition irréaliste.

*La commission **adopte** cet amendement.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 36 ainsi modifié.*

Après l'article 36

*M. Olivier Jardé **retire** deux amendements visant à instituer des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) pour les médicaments de l'ensemble des groupes génériques.*

Article 37

Clarification des prises en charge de certains médicaments administrés en consultation externe à l'hôpital

L'article 37 vise à clarifier le financement par l'assurance maladie de certains médicaments réservés à l'usage hospitalier mais qui sont parfois prescrits lors de consultations externes hospitalières.

*

*La Commission **adopte** l'article 37 sans modification.*

Article additionnel après l'article 37

Assouplissement des conditions d'inscription au répertoire des groupes génériques

La Commission examine un amendement de M. Yves Bur visant à élargir le répertoire des groupes génériques à des spécialités orales à libération modifiée et à des médicaments qui, sans répondre aux conditions de bioéquivalence requises pour qu'ils soient qualifiés de génériques, n'en ont pas moins des caractéristiques comparables à certaines spécialités existantes.

M. Yves Bur. Les prescriptions de génériques, et donc les économies potentielles, sont en baisse. Il est proposé d'étendre le répertoire français, qui présente la caractéristique d'être très restreint – 17 % des médicaments seulement.

Mme Catherine Lemorton. Lorsqu'un générique est accepté en France, les entreprises pharmaceutiques opèrent un contournement, ce qui fait perdre une partie du segment de marché.

M. Patrice Debray. Il faudrait, pour la promotion des génériques, que les médecins prescrivent en dénomination commune internationale (DCI).

M. Yves Bur. Il y a toujours eu des stratégies de retardement par l'introduction de « *me too* », mais on est aujourd'hui en capacité d'abaisser les prix de ceux-ci au niveau de ceux des génériques. Quand à la prescription en DCI, il faudrait l'imposer au moins dans le cadre du répertoire.

Mme Catherine Génisson. Cela supposerait que les étudiants en médecine apprennent à prescrire uniquement en DCI.

Le rapporteur ayant émis un avis favorable, la Commission adopte cet amendement.

Mme Cécile Gallez retire ensuite un amendement visant à étendre aux pharmacies hospitalières le dispositif relatif au dossier pharmaceutique, le problème ayant été traité après l'article 35 par un amendement du rapporteur.

Article 38

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

L'article 38 a pour objet de faciliter le processus de diffusion des produits, prestations ou actes innovants en prévoyant la possibilité pour l'assurance maladie de les prendre en charge, sous certaines conditions, au sein de la dotation spécifique de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

*

La Commission adopte l'article 38 sans modification.

Article 39

Dispositions diverses relatives au financement des établissements de santé

L'article 39 a pour objet d'apporter plusieurs modifications aux règles de financement des établissements de santé.

*

La Commission examine trois amendements de M. Jean-Luc Prével et deux amendements de M. Dominique Tian visant à sauvegarder la transparence et accroître la concertation avec les organisations représentatives des établissements de santé dans le suivi des dépenses des établissements de santé ainsi que dans la procédure de régulation infra-annuelle de ces dépenses.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Ces amendements vont à l'encontre de l'objectif de l'article 39 : sécuriser juridiquement la procédure de fixation des tarifs en évitant tout contentieux.

M. Dominique Tian. Supprimer, sous prétexte de simplification, la transmission de données statistiques aux Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) revient à restreindre l'information.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il y a eu beaucoup de contentieux initiés par les établissements. C'est pourquoi il importait de sécuriser la procédure de fixation des tarifs.

M. Dominique Tian. Ce n'est sans doute pas là le meilleur moyen.

M. Jean-Luc Prél. Ces nouvelles dispositions sont tout à fait regrettables.

La Commission rejette ces amendements.

Puis la Commission examine un amendement de M. Tian visant à réintroduire, avant toute modification des tarifs consécutive à l'avis du Comité d'alerte sur le dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, la concertation avec les organisations les plus représentatives des établissements de santé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable, compte tenu de la saisine obligatoire de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

La Commission rejette cet amendement, ainsi que deux amendements respectivement présentés par M. Jean-Luc Prél et M. Dominique Tian, visant à inclure l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées au fur et à mesure de l'année en cours dans l'analyse du risque de dépassement de l'objectif.

La Commission examine ensuite quatre amendements identiques présentés par M. Yves Bur, Mmes Catherine Génisson, Martine Billard et Jacqueline Fraysse, visant à prendre en compte les caractéristiques régionales en matière d'indicateurs de santé publique et de niveau de recours aux soins de la population dans la régulation des tarifs hospitaliers.

M. Yves Bur. Cet amendement, dont M. le président de la Commission est co-signataire, s'inscrit dans la droite ligne des préconisations du rapport de mai 2008 de M. André Flajolet, sur les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il serait souhaitable qu'il soit cosigné par Mmes Génisson, Billard et Fraysse.

M. Jean-Luc Prél. Je crains que la mise en œuvre en soit ardue.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. En effet, je pense qu'il faudrait attendre la constitution des ARS. C'est pourquoi j'émet un avis défavorable.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il faut parfois accélérer les choses. Cet amendement a pour autre but d'aborder avec le Gouvernement les conditions concrètes qui permettront d'avancer dans ce domaine.

Mme Jacqueline Fraysse. Ce n'est pas beaucoup anticiper que de voter cet amendement – sur lequel il y a consensus – deux mois avant la mise en place des ARS !

Mme Catherine Génisson. Il s'agit, avec cet amendement issu du rapport Flajolet – lui-même élaboré à partir de la région Nord-Pas-de-Calais –, de lancer un signe très fort en direction du Gouvernement. Nous comptons beaucoup sur la mise en place des ARS pour pouvoir concrétiser ce dispositif, similaire au système de péréquation régionale proposé à l'époque par Mme Aubry.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. S'il est entendu qu'il s'agit d'un amendement d'appel, j'émet un avis favorable.

M. Yves Bur. La volonté politique doit, parfois, s'imposer. On nous oppose en permanence les difficultés techniques, mais je ne doute pas que la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) sera capable d'entrer dans le jeu, tant il s'agit d'un élément déterminant pour une véritable politique de santé publique.

M. Jean-Luc Prél. Ce dispositif ne fonctionnera que le jour où il existera des sous-objectifs régionaux de l'ONDAM. C'est la raison pour laquelle je vous invite à voter mes amendements concernant les sous-objectifs régionaux.

Mmes Catherine Génisson, Jacqueline Fraysse et Martine Billard cosignent l'amendement de M. Yves Bur, que la Commission adopte à l'unanimité.

Elle rejette ensuite, après avis défavorable du rapporteur, deux amendements identiques présentés par MM. Jean-Luc Prél et Dominique Tian, tendant à supprimer les nécessaires coordinations rédactionnelles imposées par l'adoption des amendements précédents.

Puis M. Jardé présente un amendement visant à supprimer les alinéas 15 et 16 de l'article, relatifs à l'alignement des règles de fixation des tarifs dans les unités de soins de longue durée (USLD) qui relèvent du champ sanitaire sur les règles qui prévalent pour les établissements médico-sociaux.

M. Olivier Jardé. À ce jour, aucune analyse n'a été réalisée concernant les informations fournies par les indicateurs budgétaires des établissements médico-sociaux, et la pertinence de leur mode de calcul n'a pas été évaluée. Un bilan doit être impérativement mené en 2009.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Les unités de long séjour, qui ont un mode de financement similaire aux établissements médico-sociaux, doivent être soumises aux mêmes règles de tarification.

M. Jean-Luc Préel. Monsieur le rapporteur, pouvez-vous nous indiquer comment fonctionne le décret de 2003 et quels en sont les résultats ? C'est bien parce que cela ne fonctionne pas que nous vous proposons de supprimer cette nouvelle disposition qui ne marchera pas davantage.

*Cet amendement est **rejeté**.*

La Commission examine ensuite un amendement présenté par M. Dominique Tian visant, dans les règles de la tarification à l'activité, à prendre en compte pour la fixation des tarifs nationaux la précarité des patients et l'aménagement du territoire, sous forme de coefficients correcteurs.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. La ministre a déclaré qu'elle prendrait en compte la précarité dans la prochaine campagne tarifaire. Par ailleurs, les crédits de contractualisation permettent déjà de prendre en compte le critère de l'aménagement du territoire, comme en témoignent les réalisations qui ont eu lieu à Guéret dans le Loiret ou dans ma circonscription.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

*La commission **adopte** un amendement de M. Dominique Tian tendant à ce qu'un bilan d'avancement du processus de convergence intersectorielle soit transmis au Parlement avant le 15 octobre de chaque année jusqu'en 2012.*

La Commission examine ensuite un amendement de M. Dominique Tian tendant à faire prendre en charge au même tarif des prestations homogènes par leur nature, quel que soit l'établissement qui les fournit.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il est nécessaire d'attendre l'avancement des travaux relatifs à l'échelle nationale commune des coûts.

*La commission **rejette** l'amendement.*

La commission examine un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant la mise en place d'un coefficient correcteur pour compenser les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité locale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable car il ne faut pas complexifier le dispositif.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*La Commission **adopte** l'article 39 ainsi modifié.*

Après l'article 39

La Commission examine deux amendements identiques, présentés par Mmes Jacqueline Fraysse et Catherine Génisson, visant à associer les organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés à la fixation des forfaits d'imagerie médicale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Il n'est pas souhaitable d'introduire les fédérations représentant les établissements de santé dans une logique conventionnelle alors qu'y participent déjà les représentants de la radiologie libérale et les principaux syndicats de médecins.

La Commission rejette ces amendements.

Article additionnel après l'article 39

Information individuelle des membres de l'Observatoire de l'hospitalisation publique et privée

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Préel relatif à la transmission des données statistiques à chacun des membres de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

M. Olivier Jardé. L'expérience de la première année de fonctionnement montre que seuls l'État et l'assurance maladie disposent des données statistiques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. C'est à l'Observatoire qu'il revient d'adresser les documents à l'ensemble de ses membres.

La Commission adopte cet amendement.

Puis elle est saisie de trois amendements identiques, présentés par M. Jean-Luc Préel, Mmes Jacqueline Fraysse et Catherine Génisson, tendant à intégrer les honoraires des médecins libéraux dans le tarif des Groupes homogènes de séjour (GHS) des établissements privés.

M. Olivier Jardé. Dans le cadre du processus de convergence liée à la T2A, nous proposons d'intégrer ces honoraires médicaux dans le tarif des séjours des établissements privés.

Mme Jacqueline Fraysse. Si la convergence public-privé est à nos yeux contestable, elle est de plus difficile, compte tenu des grandes disparités entre établissements : une majorité d'établissements publics est en déficit tandis que les établissements privés présentent des marges financières importantes. Il est donc nécessaire de prendre des mesures tendant à l'équité.

Mme Catherine Génisson. Le sujet de la convergence tombera de lui-même dès lors qu'il y aura une volonté d'intégrer les mêmes facteurs d'analyse

pour l'activité publique et pour l'activité privée. De même faudra-t-il intégrer les critères concernant l'environnement du patient – précarité ou conditions de vie. Les MIGAC ne sont pas suffisantes : il faut une approche globale et une capacité d'analyse fine en ce qui concerne la tarification à l'activité. On se rendra alors compte des différences de coût de prise en charge, l'hôpital public n'accueillant pas tout à fait les mêmes patients.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Vous proposez un changement radical du mode de financement des établissements privés sans que l'on puisse en évaluer les conséquences. Vous ne mesurez pas les réactions probables du corps médical libéral au sein des établissements privés ! Cela exige une expertise préalable. Nous venons juste de recevoir le rapport sur la convergence tarifaire intersectorielle et la réforme hospitalière commence seulement. Avis défavorable.

M. Dominique Tian. L'année dernière, nous avons voté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 un article visant à ce que le Gouvernement remette avant le 15 octobre 2008 un rapport sur la convergence. Il est dommage que nous ne l'ayons pas eu !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je l'ai reçu.

M. Dominique Tian. Visiblement, il demeure confidentiel. Sans un tel document, nous ne pouvons pas avancer et proposer des mesures adéquates.

Mme Bérengère Poletti. Nous ne pouvons pas, au détour d'un amendement au PLFSS, modifier en profondeur le fonctionnement des cliniques.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il faut en effet être très prudent, user de pédagogie et ne pas négliger la phase préparatoire.

Mme Catherine Génisson. Si l'on veut une convergence, il faut pouvoir comparer des choses comparables. Par ailleurs, la fédération hospitalière privée est favorable à cette demande. Enfin, n'oublions pas de dire que si l'exercice de la médecine peut être libéral, sa couverture est extrêmement socialisée.

La Commission rejette ces amendements.

Après avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette successivement deux amendements, l'un de M. Jean-Luc Prével, l'autre de M. Dominique Tian, tendant à ouvrir aux établissements de santé privés le bénéfice de la dotation MIGAC pour financer les investissements.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Les établissements privés peuvent déjà bénéficier de ces crédits à condition de signer avec l'ARH un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. S'ils refusent d'entrer dans la logique de ces contrats, il n'y a pas de raison qu'ils disposent des crédits de la dotation MIGAC.

La Commission est saisie de deux amendements quasi-identiques, l'un de Mme Catherine Génisson, l'autre de Mme Jacqueline Fraysse, visant à supprimer la convergence tarifaire entre les hôpitaux publics et les cliniques privées.

Mme Catherine Génisson. Ces amendements répondent à une logique de transparence s'agissant de la tarification à l'activité.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable, car la convergence intersectorielle constitue l'essentiel de la réforme de la tarification à l'activité. Le rapport du ministère de la santé, qui vous sera transmis dès la fin de cette réunion, indique l'état d'avancement du processus.

La Commission rejette ces deux amendements.

Article 40

Clarification du traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé et harmonisation des mises sous administration provisoire

L'article 40 a pour objet de mieux articuler les procédures de traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé, de transposer ces procédures aux établissements de santé privés et d'étendre aux centres de lutte contre le cancer les règles applicables aux établissements de santé relatives à la certification, au redressement et à la mise sous administration provisoire et au devenir en cas de fermeture définitive de l'établissement.

*

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à supprimer l'article 40.

Mme Catherine Génisson. Nous estimons que le contenu de l'article 40 va bien au-delà du cadre d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale. Ces dispositions sont prématurées : elles devraient plutôt figurer dans la future loi portant réforme de l'hôpital.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable. Il est nécessaire de clarifier la situation, plusieurs hôpitaux français – pas tous, heureusement – étant en situation de déséquilibre financier. Le plan de redressement doit être un préalable à la mise sous administration provisoire.

M. Patrick Roy. L'attitude du rapporteur est contradictoire : certains de nos amendements ont été justement rejetés parce qu'il jugeait prématuré de les adopter avant l'examen de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

M. Yves Bur. Je rappelle que le rapport de l'IGAS de janvier 2008 sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) pour les hôpitaux perdants à la T2A qui a analysé les contrats de

retour à l'équilibre financier, a été sévère pour les établissements concernés. Il faut que ces contrats représentent une réelle contrainte afin que les hôpitaux soient incités à se restructurer. Un déficit de 8 millions correspond à 20 000 emplois ; or chaque année, 25 000 salariés de l'hôpital partent à la retraite. Il est donc possible, en faisant preuve de volonté politique, d'atteindre l'équilibre sans toucher à l'emploi. C'est l'objet de l'article 40.

Mme Catherine Génisson. Certains hôpitaux fonctionnent mal, et nécessitent sans doute une restructuration. Mais je crois, plus généralement, que leurs personnels sont accaparés par certaines tâches et procédures, au point que le soin représente parfois moins de la moitié de leur activité. En outre, des charges qui ne sont pas assumées par l'organisation du système de soins reviennent à l'hôpital public de façon indue. Le président de la Cour des comptes a d'ailleurs souligné tous ces dysfonctionnements.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à porter à deux mois le délai laissé à un établissement pour présenter un plan de redressement, le rapporteur s'en étant remis à la sagesse de la Commission.

Puis, elle rejette, après avis défavorable du rapporteur, un amendement du même auteur indiquant que le plan de redressement respecte les objectifs fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire, le rapporteur ayant fait observer qu'une telle disposition ne relevait pas du domaine de la loi.

Elle rejette également, après avis défavorable du rapporteur, un amendement de Mme Martine Billard tendant à supprimer les alinéas 6 à 10 de l'article 40, relatifs à la mise sous administration provisoire.

Puis elle rejette deux amendements identiques, respectivement déposés par Mme Catherine Génisson et Mme Martine Billard, supprimant le caractère automatique de la mise sous administration provisoire, le rapporteur ayant rappelé la nécessité de l'automatisme de cette procédure dès lors que des critères précis de déséquilibre financier sont remplis.

La Commission examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à exclure qu'un hôpital puisse être placé sous l'administration provisoire d'un inspecteur général des finances.

Mme Jacqueline Fraysse. La nomination d'un inspecteur de l'IGF peut faire craindre une gestion purement comptable de l'hôpital. S'agissant d'un établissement de santé, le choix de l'Inspection générale des affaires sociales paraît plus approprié.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable. L'essentiel est qu'il s'agisse d'une personne qualifiée.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Pour les mêmes raisons, elle **rejette** un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à supprimer la possibilité de placer un établissement de santé sous l'administration provisoire de « toutes autres personnalités qualifiées ».*

*Elle **rejette** également, après avis défavorable du rapporteur, un amendement du même auteur prévoyant que la mise sous administration provisoire est décidée lorsque le plan de redressement ne respecte pas les objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** deux amendements, l'un de Mme Catherine Génisson, l'autre de Mme Martine Billard, prévoyant de réintroduire l'avis de la commission administrative paritaire compétente avant le placement en recherche d'affectation du personnel dirigeant de l'établissement auprès du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG).*

*Puis, la Commission **adopte** un amendement rédactionnel du rapporteur.*

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Yves Bur visant, lorsque le conseil d'administration est présidé par le représentant d'une collectivité territoriale, à imputer sur le budget de cette collectivité une partie du déficit éventuel de l'établissement.

M. Yves Bur. Il s'agit d'un amendement un peu provocateur, mais on voit trop souvent des élus locaux s'opposer aux contrats de retour à l'équilibre financier lorsqu'ils président le conseil d'administration d'un hôpital. Pour qu'ils assument leurs responsabilités, je propose que leur collectivité prenne en charge une partie du déficit.

M. Jean-Luc Prél. Depuis longtemps, je défends l'idée que les présidents de conseil d'administration soient financièrement impliqués dans le fonctionnement de l'établissement. Je suis donc favorable à cet amendement, que je cosignerai bien volontiers.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il s'agit en effet d'un amendement très provocateur. Peut-être serait-il préférable d'attendre que soit mis en place le nouveau mode de gouvernance des hôpitaux avant de prendre une telle décision : nous ne savons pas si les élus locaux siégeront toujours aux conseils d'administration des établissements...

M. Pierre Morange, président. J'ajoute que les collectivités territoriales et les établissements de santé ont des budgets distincts et ne relèvent pas nécessairement des mêmes autorités.

Mme Catherine Génisson. Pour provocateur qu'il soit, l'amendement n'est pas inintéressant. Mais il trouverait sans doute une meilleure place dans le projet de loi portant réforme des hôpitaux.

Le fait que le maire ou son représentant soit systématiquement président du conseil d'administration de l'hôpital local montre que ce dernier n'est pas seulement considéré comme un lieu de soins, mais aussi comme une institution participant à l'aménagement du territoire. Or, dans sa réforme de la carte judiciaire comme de la carte militaire, le Gouvernement a bien souligné que l'aménagement du territoire ne pouvait en aucun cas constituer la première fonction des institutions concernées. Créer un lien indéfectible entre l'élu local et le président du conseil d'administration irait à l'encontre de cette affirmation.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement de M. Dominique Tian visant à autoriser, à titre expérimental, la délégation à un organisme privé de la gestion d'un établissement public de santé.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Défavorable. La procédure de mise sous administration provisoire semble suffisante sans qu'il soit nécessaire de l'alourdir par une procédure de contrat de gestion du service public hospitalier.

M. Dominique Tian. Lorsque l'on n'a pas été capable de redresser un établissement, il faut trouver quelqu'un ayant compétence pour le faire.

La Commission rejette cet amendement.

Elle adopte l'article 40 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 40

Certification des comptes des établissements publics de santé

La Commission est saisie d'un amendement de M. Dominique Tian tendant à faire certifier les comptes des établissements publics de santé par un commissaire aux comptes.

M. Dominique Tian. Il serait intéressant pour les hôpitaux de recueillir l'avis d'un professionnel de la comptabilité.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cette proposition, comme de nombreuses autres que nous examinons dans le cadre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, trouverait une meilleure place dans le projet de loi portant réforme hospitalière dont nous discuterons dans moins de trois mois.

M. Dominique Tian. Cette mesure est préconisée par l'IGAS et la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital présidée par M. Gérard Larcher. Votons-la !

M. Jean Mallot. Il est regrettable que l'examen du PLFSS ait lieu avant celui de la loi HPST.

Mme Catherine Génisson. Nous travaillons en effet dans de très mauvaises conditions, car la loi portant réforme de l'hôpital devrait constituer le cadre de nos discussions actuelles.

Même si, selon moi, la vérification des comptes des hôpitaux devrait relever des prérogatives de l'ARS, cette proposition va dans le sens de la transparence et je n'y suis pas hostile, dès lors qu'elle n'oblige pas à embaucher plus de personnels administratifs dans les hôpitaux.

M. Dominique Tian. Au contraire !

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement.

Après l'article 40

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à permettre aux établissements de pratiquer une politique d'intéressement des personnels.

M. Jean-Luc Prével. Une telle mesure permettrait de mobiliser les personnels autour des enjeux de productivité.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Une fois de plus, une telle disposition, qui concerne la gouvernance, me paraît relever de la loi HPST, d'autant qu'elle nécessite une concertation.

M. Dominique Tian. Le Président de la République lui-même l'a proposée !

Mme Catherine Génisson. C'est une proposition intéressante, sous réserve de ne pas prendre en compte les seuls résultats quantitatifs, mais également la qualité des prestations fournies. On peut toujours améliorer la productivité, mais cela ne doit pas se faire au détriment de l'accueil et de la prise en charge des patients. Par ailleurs, un éventuel excédent devrait se traduire non seulement par la revalorisation des salaires, mais aussi par l'amélioration de l'équipement des services ou des pôles concernés.

Mme Jacqueline Fraysse. L'amélioration du pouvoir d'achat des salariés passe d'abord par la revalorisation des salaires, à laquelle s'oppose pourtant le Gouvernement. Par ailleurs, cet amendement laisse croire que les personnels de santé ne sont pas suffisamment motivés, ce qui, compte tenu de leurs conditions de travail, est particulièrement désobligeant à leur égard.

La Commission rejette cet amendement.

Article additionnel après l'article 40

Financement des mesures salariales intervenant dans les établissements de santé en cours d'année

La Commission est saisie de trois amendements de M. Jean-Luc Prével, Mme Catherine Génisson et Mme Jacqueline Fraysse portant article additionnel après l'article 40 et tendant à garantir le financement des charges hospitalières nouvelles, notamment les mesures salariales, intervenues en cours d'année du fait de décisions nationales.

M. Jean-Luc Prével. On ne peut exiger des hôpitaux qu'ils s'en tiennent strictement à leur budget et leur imposer des charges supplémentaires sur lesquelles ils n'ont pas prise. Pour cette raison, les mesures salariales concernant la fonction publique hospitalière décidées après l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale doivent faire l'objet de financements complémentaires.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je suis d'accord sur le fond, mais mon avis est défavorable car je crains que l'amendement ne soit déclaré irrecevable au titre de l'article 40.

M. Jean-Luc Prével. L'amendement est gagé. Il serait intéressant d'entendre la ministre expliquer comment elle compte financer les charges imposées aux hôpitaux en cours d'année sans qu'ils aient eu voix au chapitre.

Mme Catherine Génisson. C'est un amendement d'équité et de bon sens, qui ne peut que favoriser la bonne gestion des établissements.

Mme Jacqueline Fraysse. C'est aussi mon sentiment.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je le répète, ma réticence est seulement due à la crainte que ces amendements ne passent pas le filtre de l'article 40.

La Commission adopte les trois amendements.

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

Article 41

Création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

L'article 41 vise à créer une agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) qui a pour objet l'appui à l'amélioration du service rendu au patient, la modernisation de la gestion et la maîtrise des dépenses dans les établissements.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Dominique Tian tendant à préciser la répartition entre les différents régimes obligatoires d'assurance-maladie du financement de la nouvelle structure.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Le ministère définira, lors de la création de l'Agence, comment elle sera financée et la fixation d'une clef de répartition nécessite une expertise plus approfondie.

La Commission rejette l'amendement, puis adopte l'article 41 sans modification.

Article 42

Extension du champ des mises sous accord préalable à des prestations d'hospitalisation atypiques

L'article 41 a pour objet d'étendre la procédure de mise sous accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie prévue pour le développement de la chirurgie ambulatoire à des prestations d'hospitalisation d'établissements de santé caractérisées par une évolution atypique.

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Dominique Tian et d'un autre de M. Jean-Luc Prével, défendu par M. Olivier Jardé, tendant à ce que les mises sous accord préalable s'inscrivent dans le cadre d'un programme régional soumis à l'avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur soulignant la complexité suffisante en matière de planification sanitaire, la Commission rejette les amendements.

Elle adopte l'article 42 sans modification.

Après l'article 42

La Commission est saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével, défendu par M. Olivier Jardé et d'un amendement de M. Dominique Tian portant article additionnel. Ils tendent à permettre, à titre expérimental, une dérogation au système des objectifs quantifiés et des pénalités afférentes pour les établissements volontaires qui s'engageraient dans une démarche permettant d'évaluer l'adéquation des soins et des conditions d'hospitalisation aux besoins des patients au regard des critères de pertinence des soins ou d'hospitalisation fixés par la Haute autorité de santé (HAS).

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Pourquoi permettre que certains établissements puissent se soustraire à la règle commune ?

La Commission rejette les amendements.

La Commission est ensuite saisie d'un amendement de M. Yves Bur portant article additionnel après l'article 42 tendant à ce que les établissements de santé reversent à l'assurance maladie la part du GHS correspondant aux honoraires conventionnels touchés par le praticien hospitalier au titre de son activité libérale lorsqu'il choisit de percevoir les honoraires directement.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur : Avis défavorable car il est nécessaire d'avoir une expertise plus approfondie des conséquences de cet amendement.

M. Yves Bur retire son amendement.

M. Yves Bur. Je redéposerai un amendement à la réunion que tiendra la commission en vertu de l'article 88 de notre règlement.

Article additionnel après l'article 42

Amélioration de l'information du Parlement sur les effectifs et la masse salariale des établissements de santé

La Commission adopte ensuite un amendement de M. Yves Bur tendant à ce que le Parlement soit informé de l'évolution des effectifs et de la masse salariale des établissements de santé.

Article 43

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

Cet article organise la récupération par l'assurance maladie des dépenses médicales et paramédicales d'assurance maladie des personnes résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui relèvent du tarif afférent aux soins de l'établissement mais qui ont été prises en charge, à titre individuel, par un organisme d'assurance maladie.

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Jean Mallot tendant à la suppression de l'article.

M. Jean Mallot. La gestion de ce risque est du ressort de chaque caisse primaire d'assurance maladie, qui doit procéder aux vérifications qui s'imposent avant de procéder à des remboursements. Un directeur d'établissement n'ayant pas

à connaître des prestations réalisées à l'extérieur, on ne saurait porter à la charge de l'EHPAD des sommes indûment remboursées par une caisse.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable à la suppression d'un article qui définit la procédure de récupération des remboursements indus. Des directeurs d'EHPAD nous ont confirmé que des doubles prises en charge se produisent.

M. Jean Mallot. Cela montre la complexité du dispositif, mais la mesure proposée ne permettra que des ajustements à la marge, qui ne sont pas à la mesure du problème.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il s'agit quand même de récupérer plusieurs dizaines de millions.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite un amendement du rapporteur tendant à préciser le champ d'application du dispositif.

La Commission adopte l'article 43 ainsi modifié.

Après l'article 43

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson portant article additionnel après l'article 43.

Mme Catherine Génisson. Il convient d'améliorer l'accès des personnes âgées à une assurance complémentaire santé. Certaines, qui ont pour seules ressources le minimum vieillesse, ne peuvent cotiser quand elles sont accueillies en EHPAD. Certains conseils généraux le font à leur place, mais ce n'est pas le cas de tous. Cette mesure devrait être généralisée car cela relève de la solidarité nationale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. L'objectif est louable mais la mesure a été plusieurs fois repoussée en raison de son coût vraisemblablement très élevé, et qu'il conviendrait de mesurer exactement.

Mme Catherine Génisson. Une expertise est nécessaire, j'en conviens, et ce dossier pourrait faire l'objet de travaux de la MECSS. Je souligne que cette question demande une vision de long terme : si les personnes considérées ont la possibilité de mieux se soigner, elles seront moins gravement malades et le coût ultérieur des soins qui leur seront prodigués sera moindre.

La Commission rejette l'amendement.

Article 44

Tarifification à la ressource des établissements sociaux et médico-sociaux

Cet article réorganise la tarification en trois sections des prestations des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) afin de poursuivre le processus de convergence tarifaire des établissements et services sociaux et médico-sociaux en visant à mettre en place une tarification à la ressource sur les prestations de soins.

*

La Commission est saisie par M. Jean-Luc Prével, Mme Catherine Génisson et Mme Jacqueline Fraysse de trois amendements de suppression de l'article.

M. Jean-Luc Prével. Le principe de convergence tarifaire entre établissements a conduit au blocage des dotations de certains établissements lorsqu'elles étaient supérieures à un plafond défini par circulaire. L'article 44 prévoit aujourd'hui une diminution des tarifs et une convergence par le bas, ce qui n'est pas soutenable alors que les besoins ne sont pas couverts et que la qualité des établissements doit augmenter. Par ailleurs, la réforme de la tarification des établissements décrite sous la forme d'une tarification « à la ressource » pose la question du maintien des trois sections tarifaires. La réflexion sur le passage à deux sections seulement étant conduite dans le cadre des concertations sur la création du cinquième risque, on ne saurait réformer la tarification des EHPAD avant que ces concertations aient abouti, par l'adoption d'un article non discuté avec les acteurs concernés. Il est donc nécessaire de supprimer l'article 44 et de poursuivre la concertation sur ce sujet dans le cadre de la prise en charge du cinquième risque.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. La convergence ne se fera pas « par le bas » puisque le forfait global de soins demeurera élevé si l'établissement accueille des résidents à forte charge de soins. L'article, qui repose sur des mesures fiables de la charge en soins, doit être maintenu.

La Commission adopte les amendements. L'article 44 est donc supprimé.

Article 45

Réintégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Cet article intègre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables dans les prestations de soins financées sur le tarif afférent aux soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à la suppression de l'article.

M. Olivier Jardé. Intégrer les médicaments dans le forfait soins des EHPAD pose le problème de la responsabilité du médecin, qui doit adapter ses prescriptions à l'état du patient. L'article doit donc être supprimé.

M. Guy Malherbe. Cet article n'a fait l'objet d'aucune concertation, ni avec les professionnels de santé ni avec les EHPAD, et tout le monde semble opposé au dispositif proposé. Ce n'est pas ainsi que l'on évitera les accidents iatrogènes. Quant aux économies attendues, elles ne bénéficieront pas à l'assurance maladie mais aux assurances complémentaires. D'autre part, une telle mesure instituerait deux catégories de personnes dépendantes, celles qui sont accueillies en EHPAD n'ayant accès qu'à un nombre limité de médicaments.

Ensuite, le décret qui devait fixer le cadre des conventions entre les EHPAD et les pharmaciens d'officine n'est toujours pas publié. Enfin, ce dispositif implique aussi que de très nombreuses personnes âgées atteintes d'affections de longue durée devront renoncer à des prescriptions très importantes, qu'il s'agisse d'hygiène ou de nutrition. En conclusion, la démarche est intéressante mais prématurée, et le dispositif devra être revu après concertation.

M. Alain Marc. Outre cela, l'article porterait un coup aux pharmaciens d'officine installés en zones rurales ; ils ne pourraient plus répondre aux appels d'offres. Ils sont pourtant un élément clef de l'aménagement du territoire.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet article est nécessaire. Nous souhaitons améliorer la coordination des soins et la politique d'achat des médicaments, réduire la surconsommation médicamenteuse et lutter contre les accidents iatrogènes, fréquents dans les EHPAD, comme des études le montrent. Il faut, pour cela, réintégrer les dépenses de médicaments dans le tarif soins des EHPAD.

La liberté de choix du médecin par les pensionnaires demeure et les officines des zones rurales pourront toujours fournir les médicaments prescrits s'il n'existe pas de pharmacie à usage intérieur. Je proposerai ultérieurement un amendement tendant à conforter le rôle du médecin coordonnateur pour renforcer la chaîne médicale. Le dispositif proposé marque un progrès pour les EHPAD. Le surcoût induit par la mesure, estimé à 300 millions, sera abondé. À plus long terme, l'assurance maladie y gagnera, car les personnes âgées consommeront moins de médicaments, ou les prescriptions seront plus efficaces. Avis défavorable aux amendements de suppression.

Mme Bérengère Poletti. Le sujet, plusieurs fois évoqué, n'a jamais été traité. Il est temps de prendre des mesures car il y va de la santé publique. Je suis donc favorable au maintien de l'article. Je proposerai toutefois de retirer du forfait soins les médicaments très onéreux, et peut-être de prévoir un délai supplémentaire avant d'appliquer le dispositif. Contrairement à ce qui a été dit,

tout le monde n'est pas contre cette mesure. Des directeurs d'EHPAD en attendent l'amélioration de l'hygiène et de la santé des personnes hébergées, des prescriptions plus resserrées et des économies.

Mme Jacqueline Fraysse. Les objectifs méritent examen, mais la mesure est à tout le moins prématurée. Je suis particulièrement préoccupée à l'idée que certaines personnes âgées pourraient ou ne pourraient pas avoir accès à des médicaments onéreux selon qu'elles sont chez elles ou hébergées dans un EHPAD. Par ailleurs, le médecin coordonnateur n'ayant aucune autorité sur les médecins de ville, qui continueront de prescrire librement, je doute que l'article soit applicable. Enfin, on contraint les EHPAD à contribuer à un budget qu'ils ne maîtrisent pas. Le moins que l'on en puisse dire est que des problèmes techniques demeurent irrésolus.

M. Yves Bur. On constate, dans les EHPAD, surconsommation médicamenteuse et surprescription. Ce n'est pas satisfaisant. Il faut donc donner au dialogue entre le médecin coordonnateur et le médecin prescripteur une forme plus contraignante. D'autre part, la dispensation des médicaments par les pharmaciens est opaque, le président de l'Association de pharmacie rurale en a lui-même convenu. L'article permettra la signature de contrats ; je proposerai que les syndicats de pharmaciens négocient avec l'État de manière que le dispositif soit au point en septembre 2009. L'établissement d'une liste de médicaments onéreux hors forfait de soins lèvera les inquiétudes des gestionnaires.

Enfin, il faut donner aux pharmaciens une place dans les EHPAD. La profession essaye depuis longtemps de faire reconnaître toutes les facettes de ses compétences. Le fait de faire intervenir le pharmacien comme référent ou conseil à l'intérieur des établissements sera certainement très positif. Je suis donc favorable à cet article.

Mme Catherine Génisson. Cet article a le mérite de mettre l'accent sur le sujet primordial de la médicalisation des établissements pour personnes âgées, mais il est très prématuré. Trop d'éléments manquent pour une application correcte. Par ailleurs, le médecin coordonnateur n'a aucun lien hiérarchique avec ses collègues prescripteurs et je ne vois vraiment pas comment il pourrait intervenir. Le problème est réel, mais cet article n'y répond pas.

M. Jean-Luc Préel. Le médecin traitant prescrit comme il l'entend. Le médecin coordonnateur n'a aujourd'hui aucun pouvoir pour modifier son ordonnance, et le directeur de l'établissement encore moins. Il ne pourrait que constater les ordonnances et les financer. Pour lutter contre les maladies iatrogènes, il faut définir de bonnes stratégies médicamenteuses, ce qui est du ressort de la Haute autorité de santé. En cas de dérive, c'est à la sécurité sociale ou aux instances ordinales d'intervenir. Intégrer les médicaments dans le forfait soins des établissements est une mesure qui permettra de faire des économies, mais certainement pas d'améliorer la qualité des soins. En tout état de cause, si l'article

n'est pas supprimé, il faudra que les médicaments onéreux soient exclus du forfait soin.

La Commission adopte les amendements de suppression. L'article 45 est donc supprimé.

Après l'article 45

La Commission est saisie d'un amendement de M. Yves Bur visant à désigner un pharmacien conseil parmi les pharmaciens d'officine.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Il n'est pas possible de désigner un pharmacien conseil parmi les autres, surtout dans les territoires ruraux.

L'amendement est retiré.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Dominique Tian relatif au regroupement des établissements, afin de leur faciliter la gestion d'une pharmacie à usage intérieur.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Cet amendement entrave la libre concurrence des officines en milieu rural.

La Commission rejette cet amendement.

Article additionnel après l'article 45

Facilitation de la dispensation des médicaments dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées n'ayant pas de pharmacie à usage intérieur

Elle est saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à faciliter la dispensation des médicaments dans les EHPAD qui n'ont pas de pharmacie à usage intérieur.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement revient à autoriser les blisters dans les EHPAD, ce qui pose aujourd'hui question d'un point de vue juridique. Ces blisters seraient préparés par un pharmacien ayant passé un contrat avec l'établissement, pour chaque prise – matin, midi, soir... – avec l'indication du numéro du lot, de la date de péremption et du nom du patient. Cela améliorerait considérablement la dispensation des médicaments dans les établissements.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cette contractualisation est une idée très intéressante, mais elle risque de fausser la concurrence entre les officines. En milieu rural, elle donnera l'impression qu'un pharmacien est privilégié parmi les autres. Il faut demander l'avis du secteur. Avis défavorable.

M. Jean-Luc Prével. Les blisters amélioreront la sécurité car, dans les EHPAD, les médicaments sont souvent administrés par des personnes non qualifiées. Certains y sont opposés au motif que les blisters reviennent à reconditionner le médicament, mais mon amendement prend toutes les précautions.

M. Guy Malherbe. Cet amendement est très intéressant, mais il faut mener au préalable un travail approfondi avec les directeurs des EHPAD, les pharmaciens et les médecins.

La Commission adopte l'amendement.

Elle est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson interdisant aux praticiens titulaires démissionnaires d'entrer en concurrence avec leur ancien établissement durant deux ans. Cet amendement est retiré et sera représenté au titre de la réunion tenue en application de l'article 88.

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Jacqueline Fraysse concernant la réévaluation périodique des médicaments ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché.

Mme Jacqueline Fraysse. La loi prévoit des réévaluations régulières qui ne sont pas menées, ce qui nuit à l'efficacité du service médical rendu et a des conséquences financières non négligeables. Nous proposons d'instaurer des sanctions financières à l'encontre des entreprises qui ne réalisent pas ces études.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cette proposition est satisfaite par un amendement adopté après l'article 34.

L'amendement est retiré.

M. le président Méhaignerie. Je constate que l'essentiel de nos débats a porté sur des articles additionnels. Pour la clarté du débat, il serait souhaitable de se concentrer en séance sur quelques points.

Mme Catherine Génisson. Beaucoup de ces propositions sont très intéressantes.

M. Jean Mallot. C'est le signe d'un décalage entre le Gouvernement et sa majorité...

M. le président Méhaignerie. Mais elles ne sont pas toutes du domaine législatif.

Article 46

Financement de la formation des aidants et accueillants familiaux

Le présent article élargit à la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux les dépenses financées par la Caisse nationale de solidarité

pour l'autonomie (CNSA) et réorganise l'affectation des crédits non consommés reportés sur l'exercice suivant de la CNSA.

*

*La Commission **adopte** l'article 46 sans modification.*

Article 47

Procédure d'indemnisation à l'amiable par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) pour les victimes d'une infection par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine – Dotation pour 2009 à l'ONIAM

Cet article instaure une procédure d'indemnisation à l'amiable des victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite C résultant d'une transfusion sanguine ou d'injection de médicaments dérivés du sang. Cette indemnisation est confiée à l'Office national d'indemnisation des victimes des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

*

*La Commission **adopte** deux amendements du rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles, tendant à rectifier une erreur matérielle.*

*Elle **adopte** ensuite un amendement du rapporteur tendant à étendre aux patients qui auraient été contaminés par le virus de l'hépatite C par suite d'une transfusion sanguine opérée dans certains centres de transfusion de nature associative la procédure contentieuse d'indemnisation qui reste ouverte en parallèle de la procédure amiable prévue par l'article.*

*Puis la Commission **adopte** l'article 47 ainsi modifié.*

Article additionnel après l'article 47

Indemnisation des sapeurs-pompiers victimes de complications résultant de leur vaccination contre l'hépatite B

*La Commission **adopte** un amendement du rapporteur tendant à étendre aux personnels des services d'incendie et de secours vaccinés contre l'hépatite B en vue de l'exercice de leurs fonctions le dispositif d'indemnisation des dommages corporels occasionnés par une vaccination obligatoire.*

Article 48

Dotations pour 2009 au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS)

Cet article propose de fixer à 240 millions d'euros la dotation pour 2009 du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), à 190 millions d'euros celle du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), et à 44 millions d'euros celle de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

*

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson tendant à accroître la participation des régimes d'assurance maladie au financement du FIQCS.

Mme Catherine Génisson. Il s'agit de réorienter 1 % de l'objectif national d'évolution des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) de soins de ville vers le financement d'actions de prévention, du développement des réseaux de soins et d'une façon générale de réponses aux enjeux de santé publique.

Avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette cet amendement.

La Commission examine ensuite deux amendements identiques de M. Dominique Tian et de M. Jean-Luc Prével tendant à étendre les missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).

M. Dominique Tian. Il conviendrait que ce fonds prenne en charge des aides à l'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé, quel que soit leur statut.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles. Avis défavorable : les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, bénéficient déjà de financements importants dans ce domaine.

La Commission rejette ces deux amendements.

Puis elle adopte l'article 48 sans modification.

Après l'article 48

La Commission examine deux amendements de Mme Catherine Génisson et de Mme Jacqueline Fraysse tendant à attribuer une allocation aux étudiants en

masso-kinésithérapie qui s'engagent à exercer dans le service public hospitalier de leur région de formation.

Mme Catherine Génisson. Cette mesure relève certes du futur projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires », mais cet amendement a surtout pour but de sensibiliser dès à présent à la nécessité d'une bonne répartition sur le territoire des professionnels de santé, notamment des masseurs-kinésithérapeutes. De nombreuses collectivités locales ont déjà recours à ce type de dispositif.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Une telle disposition relève en effet d'un autre texte.

Mme Catherine Génisson retire son amendement.

La Commission rejette l'amendement de Mme Jacqueline Fraysse.

Le rapporteur ayant émis un avis défavorable, la Commission rejette un amendement de Mme Catherine Génisson visant à mieux encadrer les actions d'information, le cas échéant à caractère publicitaire, des établissements de santé.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével, présenté par M. Olivier Jardé, tendant à intéresser les personnels aux résultats des établissements publics de santé.

M. Olivier Jardé. Une politique d'intéressement des personnels permettrait de mobiliser ces derniers pour la réalisation d'objectifs de productivité et de retour à l'équilibre économique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. On ne peut être que favorable au principe mais une telle disposition relève plus de la réforme des statuts des personnels hospitaliers : donc avis défavorable.

Mme Catherine Génisson. Le terme de « productivité » est impropre à qualifier l'activité des soignants.

M. Olivier Jardé retire son amendement.

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à restreindre pendant deux ans la liberté d'installation dans un cabinet privé ou en établissements privés des praticiens hospitaliers démissionnaires.

M. Jean-Luc Prével. Interdire pendant deux ans aux praticiens hospitaliers démissionnaires de s'installer à proximité de l'établissement public où ils exerçaient permettrait d'étendre au service public hospitalier la protection contre la concurrence déloyale dont bénéficient déjà les médecins libéraux.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. C'est un cavalier.

M. Jean-Luc Prével retire son amendement.

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Catherine Génisson, ouvrant la possibilité d'expérimentations relatives à l'annualisation du temps de travail des praticiens hospitaliers à temps partiel.

Mme Catherine Génisson. Cet amendement vise à apporter une solution aux difficultés de recrutement et de fidélisation des praticiens des hôpitaux exerçant à temps partiel. Il autorise ces praticiens à exercer une autre activité en dehors de l'hôpital, ce qui rétablirait une certaine égalité avec les praticiens libéraux exerçant à l'hôpital.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je suis défavorable à cet amendement qui relève plus du cadre de la future loi HPST.

Mme Catherine Génisson. Cela relève également du financement de la sécurité sociale puisque cela concerne le budget des hôpitaux.

La Commission rejette cet amendement.

La Commission examine ensuite trois amendements identiques de M. Olivier Jardé, de Mme Catherine Génisson et de Mme Jacqueline Fraysse tendant à attribuer une allocation aux étudiants de médecine qui s'engagent à exercer dans le service public hospitalier.

M. Olivier Jardé. Il s'agit de lutter contre les difficultés de recrutement de l'hôpital public.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cette mesure ne relève pas de la loi de financement de la sécurité sociale.

M. Olivier Jardé et Mme Catherine Génisson retirent leurs amendements.

La Commission rejette l'amendement de Mme Jacqueline Fraysse.

La Commission examine deux amendements identiques de Mme Catherine Génisson et de Mme Jacqueline Fraysse visant à instaurer une contribution obligatoire auprès des établissements de santé afin de financer la formation continue des praticiens hospitaliers.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il s'agit d'un « cavalier budgétaire » qui aurait plus sa place dans la future loi HPST : donc avis défavorable.

La Commission rejette ces amendements.

Article additionnel après l'article 48

Allongement du délai laissé aux assurés, aux professionnels et aux établissements pour présenter une demande de remboursement aux caisses

La Commission examine deux amendements identiques de M. Dominique Tian et de M. Jean-Luc Préel tendant à porter de deux à trois ans le délai pendant lequel les assurés et leurs ayants droit, ainsi que les professionnels et établissements de santé dans le cadre du tiers-payant, peuvent obtenir le règlement auprès d'une caisse d'assurance maladie des prestations facturées aux assurés sociaux.

M. Dominique Tian. Il s'agit de donner plus de temps aux caisses d'assurance maladie pour établir des facturations de plus en plus complexes. Cette mesure traduit également un souci de parallélisme des formes, les caisses bénéficiant d'un délai de trois ans pour récupérer les sommes indûment versées.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je cosigne ces amendements : il ne saurait y avoir deux poids, deux mesures.

*La Commission **adopte** ces amendements.*

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Jacqueline Fraysse tendant à améliorer l'accès à la protection complémentaire de santé des personnes hébergées en établissement médico-social, et ce afin de compenser l'instauration des franchises.*

Article 49

Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Cet article a pour objet de fixer les objectifs de dépenses pour 2009 de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 185,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, et à 160,7 milliards d'euros pour le régime général.

*

*La Commission **adopte** l'article 49 sans modification.*

Article 50

Fixation du montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de sa ventilation

Cet article propose de fixer le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2009 à 157,6 milliards d'euros, soit 3,3 % de plus que pour 2008. Il en définit aussi la ventilation.

*

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével, tendant à supprimer l'article 50.

M. Jean-Luc Prével. La régionalisation du système de soins impose des sous-objectifs régionaux et non plus sectoriels.

*La Commission **rejette** cet amendement après qu'il a fait l'objet d'un avis défavorable du rapporteur.*

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson, tendant à diminuer de 1% l'ONDAM de ville.*

La Commission examine deux amendements identiques de M. Yves Bur et de M. Jean-Luc Prével faisant obligation au Gouvernement d'informer le Parlement de l'évolution des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

M. Yves Bur. Cette amélioration de la transparence serait de nature à rassurer l'ensemble des interlocuteurs quant à l'utilisation de ces MIGAC.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. J'y suis défavorable, le Parlement étant déjà informé par un rapport annuel sur l'évolution des MIGAC.

*M. Yves Bur et M. Jean-Luc Prével **retirent** leurs amendements.*

Puis la Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson, visant à assurer une péréquation interrégionale de l'ONDAM.

Mme Catherine Génisson. Cette disposition de solidarité et d'équité, qui s'est appliquée de 1997 à 2002, vise à pallier la grande disparité qui existe entre les régions sur le plan sanitaire.

M. Yves Bur. Cet amendement est satisfait par des dispositions que nous avons adoptées ce matin.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cette péréquation suppose la définition d'objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie et l'existence d'agences régionales de santé qui relèvent du projet de loi sur l'hôpital.

Mme Catherine Génisson. Mon amendement complète l'amendement voté ce matin.

Mme Catherine Billard. L'amendement voté ce matin ne parle pas de péréquation interrégionale de l'ONDAM.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le projet de loi « hôpital, patients, santé et territoire » nous permettra de débattre de la tarification à l'activité et des hôpitaux publics.

M. Pierre Morange. Le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoire » prévoit une prise en compte d'indicateurs régionaux de morbidité ou de mortalité dans la politique de santé.

M. Jean-Luc Prével. Seul un système d'enveloppes régionales permettrait de résoudre les difficultés rencontrées.

Mme Catherine Génisson. Je tiens à souligner combien il nous est difficile de travailler dans la méconnaissance du projet de loi global relatif à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires.

La Commission rejette cet amendement. Puis elle adopte l'article 50 sans modification.

Après l'article 50

La Commission est saisie d'un amendement de M. Olivier Jardé fixant à 2 % le taux de la TVA sur les fruits et légumes et à 19,6 % celui de la TVA sur les produits gras et hyper-sucrés.

M. Olivier Jardé. Il s'agit de lutter contre l'épidémie d'obésité.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable : cela relève de la loi de finances.

La Commission rejette cet amendement.

Article additionnel après l'article 50

Information des patients sur le coût des prothèses

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével faisant obligation aux professionnels de santé d'indiquer dans leurs devis le coût de la fourniture d'une prothèse.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je suis favorable à toute mesure qui va dans le sens d'une meilleure information du patient.

La Commission adopte l'amendement.

Article additionnel après l'article 50

Indication du montant maximal de remboursement de certains frais dans les contrats d'assurance maladie complémentaire

Puis la Commission est saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à ce que les contrats des mutuelles complémentaires indiquent le montant de leur remboursement.

M. Jean-Luc Prével. À l'heure actuelle, les contrats des complémentaires n'indiquent que le taux du remboursement ; or 100% de zéro, ce sera toujours zéro. Mon amendement tend à améliorer l'information des patients.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Je suis favorable à cet accroissement de la transparence.

M. Yves Bur. Cet amendement constitue cependant un cavalier d'après les critères de la loi organique relative aux lois de finances.

M. Jean-Luc Prével. Ce problème mérite d'être discuté en séance.

La Commission adopte l'amendement.

Après l'article 50

La Commission est saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével autorisant les organismes complémentaires d'assurance maladie à assurer l'information des patients sur l'offre de soins.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Si je suis le raisonnement de M. Bur, je suis obligé d'émettre un avis défavorable à cet amendement intéressant.

M. Jean-Luc Prével retire son amendement.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével, autorisant les pharmacies à transmettre par voie électronique aux organismes complémentaires les demandes de remboursement de médicaments non pris en charge par l'assurance maladie.

M. Jean-Luc Prével. Cet amendement vise à faciliter le remboursement des médicaments.

M. Yves Bur. Ces amendements sont en réalité proposés par une société prestataire de services aux organismes complémentaires.

M. Jean-Luc Prével retire son amendement.

La Commission examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à réserver une enveloppe financière spécifique à la prévention.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. L'intention est bonne, mais vous vous trompez de texte.

M. Jean-Marie Le Guen. Bien que la rédaction de l'amendement me paraisse un peu « littéraire », notre collègue a raison sur le fond : le Président de la République souhaite que la part des dépenses de prévention augmente, mais rien ne changera tant que l'on n'aura pas créé un fonds spécifique et dégagé des moyens financiers pour l'alimenter.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je vous suggère de retirer cet amendement et de le redéposer dans le cadre de la réunion tenue en application de l'article 88.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il existe déjà un fonds spécifique, à savoir le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), qui a bénéficié de 393 millions d'euros au cours de l'année 2007.

M. Pierre Morange. Nous ferions bien de regrouper les sommes déjà affectées à la prévention au sein des différents postes budgétaires. Cela permettrait notamment d'établir un état des lieux.

Mme Bérengère Poletti. Nous votons tous les ans des crédits destinés à la prévention. Il me semble délicat de créer de toutes pièces un nouveau fonds, par voie d'amendement.

M. Denis Jacquat. S'il existe effectivement des crédits affectés à la prévention, ils restent dispersés, ce qui est une source d'inefficacité. Nous avons besoin d'une véritable unité d'action.

Pour cela, il faut faire le point : où en sommes-nous et comment pouvons-nous agir plus efficacement sans dépenser plus ?

M. Roland Muzeau. Nous souffrons surtout de l'absence de débat sur la santé publique avant l'examen du présent projet de loi. L'engagement qui avait été souscrit à ce sujet n'a pas été tenu.

M. Jean Mallot. Les dépenses de santé préventive se comptent en millions d'euros, et celles de santé curative en milliards d'euros. Tout est dit ! Nous avons besoin de nouveaux outils afin de changer d'échelle. Un simple discours du Président de la République ne suffira pas.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il était prévu que la loi de santé publique, votée en 2004, serait révisée l'année prochaine. Nous le ferons.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est à voir ! Chacun connaît l'encombrement du calendrier parlementaire.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cet amendement ne manque pas de bon sens, mais il faut commencer par mener une réflexion d'ensemble sur les orientations de la politique de prévention.

M. Simon Renucci. N'oublions pas non plus le lien entre les médecins territoriaux et la prévention. Il faudra s'interroger sur le rôle que nous leur donnons.

M. Philippe Boënnec. En effet, de quoi s'agit-il au juste ?

M. Jean-Luc Prével. Chaque mutuelle et chaque caisse mènent aujourd'hui des actions de prévention. Il me semblerait donc très utile que ces différentes politiques fassent l'objet d'une étude de la MECSS.

M. Simon Renucci. Pour répondre à M. Boënnec, il y a aujourd'hui 12 000 médecins qui exercent leur activité pour le compte des collectivités territoriales, par exemple dans des structures de protection maternelle et infantile (PMI). A la suite d'un mouvement de grève, il y a quelques années, un Livre blanc a été rédigé à leur sujet, puis deux congrès ont été organisés. J'ai présidé l'un d'eux il y a huit jours.

La Commission rejette l'amendement.

Article additionnel après l'article 50

Clarification des règles applicables au déconditionnement et au reconditionnement individualisé des médicaments sous la responsabilité d'un pharmacien d'officine

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à préciser que la préparation de doses de médicaments par un pharmacien d'officine conformément à une ordonnance, avec déconditionnement et reconditionnement individuels et sécurisés, ne relève pas d'une nouvelle autorisation de mise sur le marché.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit de mettre fin à des interprétations juridiques contradictoires.

Après avis favorable du rapporteur, la Commission adopte cet amendement.

Après l'article 50

Elle est ensuite saisie d'un amendement de M. Olivier Jardé visant à instituer des fédérations médicales inter-hospitalières de médecine légale.

M. Olivier Jardé. Les conditions d'accueil des personnes battues demeurant très inégales en France, nous devons restructurer le dispositif actuel.

Puisque l'on m'a opposé l'année dernière l'irrecevabilité d'un amendement identique au titre de l'article 40, je rappelle que le solde des relations financières entre la sécurité sociale et le ministère de la justice n'est pas nul. La sécurité sociale doit en effet 50 millions d'euros au ministère de la justice, qui lui doit à son tour 53 millions.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Cette disposition est manifestement un cavalier législatif.

La Commission rejette cet amendement.

Après avis défavorable du rapporteur, la commission rejette un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à supprimer les sous-objectifs de l'ONDAM afin de créer des enveloppes régionales.

La Commission examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével ayant pour objet de valider les stipulations de la convention nationale de 2006 relatives aux actes dispensés par des pharmaciens d'officine au sein des établissements médico-sociaux.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ces mesures sont déjà en vigueur. Notamment, les pharmaciens bénéficient déjà d'indemnités forfaitaires d'astreinte.

La Commission rejette cet amendement.

Articles additionnels après l'article 50

Nouveaux modes de prise en charge des actes chirurgicaux réalisés en cabinet médical – Possibilité d'effectuer des actes chirurgicaux sans anesthésie générale en cabinet médical

Elle examine successivement deux amendements de M. Jean-Luc Prével relatifs à la prise en charge de nouvelles activités de chirurgie ambulatoire.

M. Jean-Luc Prével. La loi impose aujourd'hui que les opérations de la cataracte se déroulent en milieu hospitalier, alors que des interventions sans anesthésie générale peuvent être effectuées en cabinet de ville en toute sécurité grâce à l'instauration de cahiers de charges et de conventions avec les établissements de santé. C'est d'ailleurs une demande de l'assurance maladie.

Bien que le nombre d'opérations de la cataracte devrait continuer à s'accroître du fait du vieillissement de la population, nous restons en retard par rapport à d'autres pays. Le coût de l'opération étant deux fois moins élevé en cabinet qu'en milieu hospitalier, nous pourrions réaliser des économies notables.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Il me semble effectivement utile de favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire. Toutefois, je vous demande d'attendre l'avis de la Haute autorité de santé, qui a été saisie par l'assurance maladie sur cette question. Avis défavorable.

M. Jean-Luc Prével. Cela fait des années que l'on attend !

La Commission adopte successivement ces deux amendements.

Après avis défavorable du rapporteur, elle rejette un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à étendre la dispense de vérification de la maîtrise de la langue française et des connaissances aux titulaires d'un diplôme universitaire de spécialisation.

Puis la Commission rejette, après avis défavorable du rapporteur, un autre amendement de M. Jean-Luc Préel ayant pour objet d'instituer un Institut national de la santé, chargé de collecter les données relatives aux dépenses de santé.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Avant l'article 51

La Commission examine un amendement de Mme Marisol Touraine, présenté par M. Michel Issindou, tendant à supprimer l'allongement à 41 ans de la durée d'assurance exigée pour obtenir le taux plein de liquidation.

M. Michel Issindou. Compte tenu du taux d'activité des seniors, de nombreuses personnes n'auront pas effectué une carrière complète, ce qui les pénalisera lourdement. Le passage à 41 ans de la durée d'assurance est donc prématuré.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Je rappelle que le taux d'activité des seniors n'a jamais été bon dans notre pays : nous sommes seulement passés du dernier à l'avant-dernier rang en Europe.

J'ajoute que nous ne faisons qu'appliquer la loi de 2003, qui a prévu un allongement de la durée d'assurance sauf si certains critères n'étaient pas respectés.

Contrairement à ce qu'indique l'exposé des motifs de cet amendement, je précise que la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein n'augmente pas d'un an par trimestre à compter du 1^{er} janvier 2009, mais d'un trimestre par an.

S'agissant de la pénibilité au travail, si chère à notre collègue Jean-Frédéric Poisson, le ministre s'est engagé ici-même à prendre le dossier en mains.

Il me reste à vous rappeler que si nous n'avions pas modifié la durée d'assurance, il en aurait coûté 2,5 milliards d'euros supplémentaires en 2010, somme qui atteindrait 10 milliards en 2040. Cet argent ne sera pas « économisé », mais au contraire redistribué : nous l'utiliserons pour financer la revalorisation des petites retraites, les départs anticipés pour une carrière longue et la majoration des pensions de réversion.

Pour toutes ces raisons, avis défavorable.

La Commission rejette cet amendement.

Article 51

Revalorisation du minimum vieillesse

Cet article autorise le Gouvernement à revaloriser le minimum vieillesse au-delà de ce que permet le code de la sécurité sociale qui prévoit que les allocations d'assurance vieillesse aux personnes âgées et leurs plafonds de ressources sont revalorisés comme les pensions de vieillesse, c'est-à-dire en fonction de l'évolution des prix à la consommation hors tabac. Il donne une base légale à l'engagement du Président de la République de revaloriser de 25 %, en cinq ans de 2008 à 2012, le montant du minimum vieillesse servi aux personnes seules.

*

La Commission examine un amendement de Mme Marisol Touraine, présenté par M. Michel Issindou, ayant pour objet d'étendre la revalorisation du minimum vieillesse aux conjoints, aux concubins et aux partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Je rappelle que le Président de la République s'est engagé à revaloriser le minimum vieillesse versé aux personnes seules et isolées. La question des couples peut effectivement se poser, mais ces derniers perçoivent déjà 1,8 fois le montant alloué à une personne seule. Nous ne sommes donc pas très loin de la situation des couples composés d'une personne rémunérée au SMIC et d'une personne sans activité rémunérée. Par conséquent, avis défavorable.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite deux amendements de Mme Marisol Touraine, défendus par M. Michel Issindou, visant à autoriser le Gouvernement à augmenter encore davantage qu'il ne l'a prévu le montant du minimum vieillesse entre 2008 – et non 2009 – et 2012.

M. Michel Issindou. Les retraites ont été revalorisées deux fois, de 1,1 % puis de 0,8 %, et une prime exceptionnelle de 200 euros a été versée au mois de mars, mais cet effort reste bien faible. La promesse du Président de la République n'est pas encore tenue.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Sans revenir sur le débat qui a déjà eu lieu sur l'article 6, je répète que le Président de la République s'est engagé à revaloriser le minimum vieillesse des personnes seules de 25 % pendant son quinquennat. Les 200 euros déjà versés sous forme d'acompte représentent déjà un effort de 120 millions d'euros.

La Commission rejette successivement ces deux amendements.

Puis la Commission examine un amendement de Mme Marisol Touraine, présenté par M. Michel Issindou, visant à étendre la revalorisation du minimum vieillesse aux titulaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

M. Denis Jacquat, rapporteur. Les bénéficiaires de l'ASI peuvent continuer de percevoir le complément permettant de porter leur revenu au montant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) en s'adressant aux maisons départementales des personnes handicapées. Par ailleurs, l'AAH a été fortement revalorisée et continuera de l'être : + 3,9 % en septembre 2008, + 1,2 % en avril 2009, + 1,2 % en septembre 2009 et ainsi de suite en janvier et septembre jusqu'en 2012. Avis défavorable.

La Commission rejette cet amendement. Puis elle adopte l'article 51 sans modification.

Après l'article 51

La Commission examine un amendement de Mme Marisol Touraine, présenté par M. Michel Issindou, visant à garantir aux titulaires d'une pension d'invalidité un niveau de pension de retraite au moins identique à cette pension.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Il s'agit d'une proposition intenable du point de vue financier. Avis défavorable.

La Commission rejette cet amendement.

Article 52

Majoration des petites pensions de réversion à partir de 2010 et rétablissement d'une condition d'âge pour la réversion

Cet article propose, d'une part, d'accorder une majoration de pension de réversion équivalente à l'application d'un taux de réversion de 60 % au lieu de 54 % aux titulaires des plus faibles pensions de retraite (tous régimes confondus) et, d'autre part, de rétablir une limite d'âge pour le service des pensions de réversion que la loi du 21 août 2003 a prévu de supprimer progressivement.

*

La Commission est saisie de deux amendements de M. Jean-Luc Prével et de Mme Marisol Touraine visant à ce que l'ensemble des veufs puissent bénéficier, sans condition d'âge, de la majoration de la pension de réversion prévue à l'article 52.

M. Jean-Luc Prével. La réforme des retraites a supprimé l'assurance veuvage et la condition d'âge. Parallèlement, le Président de la République s'est engagé à augmenter les pensions de réversion. Cette majoration intervient cette année sous condition d'âge, tandis que l'assurance veuvage est ressuscitée. Je

dépense donc un certain nombre d'amendements pour modifier ces nouvelles dispositions.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Je tiens à saluer le travail de Jean-Luc Préel, qui a été pendant de nombreuses années président du groupe d'étude sur les veufs et les conjoints survivants. Le premier projet du Gouvernement visait à relever le taux de pension de réversion de 54 % à 60 % pour les futures liquidations seulement. Je suis intervenu afin qu'une revalorisation bénéficie également aux pensions déjà liquidées. L'augmentation prévue en application du présent article est de 11,1 %. Afin de respecter l'enveloppe financière, un plafond de 800 euros a été instauré ainsi qu'une condition d'âge fixée à 65 ans. L'assurance veuvage est maintenue.

En 2009, une large concertation sera organisée afin de remettre à plat tous les problèmes du veuvage. Elle intégrera les travaux du Conseil d'orientation des retraites (COR) sur les avantages conjugaux et familiaux et ses conclusions pourront être utilisées pour le PLFSS 2010.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ces amendements, en vertu de l'article 40, seront déclarés irrecevables. Seule la perte de recettes, si elle est gagée, peut être discutée.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Il est de notre rôle de rappeler les engagements du Président de la République qui avait promis à tous les veufs, sans condition d'âge, une majoration de leur pension de réversion.

Le rapporteur ayant émis un avis défavorable, la Commission rejette successivement ces amendements.

La Commission adopte un amendement de précision du rapporteur tendant à intégrer les pensions étrangères dans le champ des pensions entrant dans le calcul du plafond de ressource pour le versement de la majoration de pension de réversion.

Puis elle examine un amendement de Mme Marisol Touraine, présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau, prévoyant que lorsque le total de la majoration de la pension de réversion et des avantages personnels de retraite et de réversion excède un plafond fixé par décret, la majoration est intégralement due sur la somme inférieure à ce plafond.

La Commission rejette cet amendement.

Elle adopte ensuite deux amendements de précision du rapporteur, l'un indiquant que l'obligation d'avoir demandé la liquidation de ses droits à la retraite ne porte que sur les avantages personnels, qu'ils soient de droit direct ou de droit indirect, l'autre intégrant les pensions étrangères dans le champ des pensions entrant dans le calcul du plafond de ressources pour le versement de la majoration de pension de réversion.

*Puis la Commission **rejette** un amendement de M. Jean-Luc Prével visant à ce que la majoration de la pension de réversion bénéficie aux veufs sans condition d'âge.*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével et de deux amendements de Mme Marisol Touraine – ces deux derniers étant défendus par Mme Marie-Françoise Clergeau – visant à geler l'âge de l'attribution de la pension de réversion à 51 ans.

Mme Marie-Françoise Clergeau. La réforme des pensions de réversion de 2003 abaisse progressivement la condition d'âge d'attribution de la pension pour la supprimer totalement au 1^{er} janvier 2011. Dans cette perspective, l'assurance veuvage était elle aussi progressivement supprimée. Cet abaissement est annulé pour remonter la condition d'âge à 55 ans. Qu'advient-il de l'assurance veuvage pour les moins de 55 ans ?

M. Jean-Luc Prével. Les amendements de suppression sont-ils soumis à l'article 40 ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Excellente question. Ils sont recevables.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Les conditions prévues par la loi de 2003 sont maintenues. Par ailleurs, nous avons demandé que les problèmes relatifs au veuvage soient entièrement remis à plat en 2009. Cette année, c'est l'aide aux plus démunis qui est prioritaire. Avis défavorable.

*La Commission **rejette** successivement ces amendements.*

Puis elle examine un amendement présenté par le rapporteur, visant à étendre le bénéfice de la mesure de majoration de pension aux veufs des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

M. Roland Muzeau. L'article 40 ne s'applique-t-il pas ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Je poursuis, jusqu'à la mise en œuvre de la réforme, la tradition de la Commission qui consiste à laisser la Commission des finances appliquer l'article 40.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

*Elle **adopte** ensuite un amendement de coordination du rapporteur.*

Puis elle examine un amendement de Mme Marisol Touraine, présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau, visant à appliquer dès le 1^{er} janvier 2009 la majoration des pensions de réversion.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Les différents représentants des caisses de retraite que j'ai reçus m'ont indiqué que les caisses n'étaient pas prêtes à mettre

en place un système d'échange d'informations sur les montants de pension versés. Je propose à l'amendement suivant un dispositif rendant obligatoire la communication des données nécessaires au calcul des montants de pension.

La Commission rejette l'amendement. Puis elle adopte l'article 52 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 52

Instauration d'un système d'échange d'informations entre les différents régimes et services de retraites

La Commission adopte un amendement du rapporteur visant à instaurer un système d'échange d'informations entre les différents régimes et services de retraite.

Après l'article 52

Elle examine ensuite un amendement de Mme Marisol Touraine, présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau, visant à ouvrir aux concubins et aux personnes liées par un Pacs les droits à pension de réversion.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Le droit ne reconnaît pas l'existence du concubin. En revanche, le rapport du COR sur les avantages conjugaux et familiaux traitera des partenaires liés par un Pacs, et je ne doute pas que ses conclusions seront reprises à l'unanimité par l'Assemblée nationale. Avis défavorable.

La Commission rejette cet amendement.

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à supprimer toutes conditions de ressources pour l'attribution de la pension de réversion.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Avis défavorable. Il faut garder les deux systèmes : la réversion des régimes de base avec conditions de ressources, la réversion des régimes complémentaires sans conditions de ressources.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle est saisie d'un amendement de M. Jean-Luc Prével fixant à 550 euros minimum le montant de la pension de réversion.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Amendement irrecevable. La loi ne fixe pas de montant pour les pensions.

La Commission rejette également cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à ce que la pension de réversion puisse être liquidée au moment du décès et que les conditions de ressources soient prises en compte au moment du veuvage.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Je renvoie aux travaux du COR qui seront présentés l'année prochaine. Avis défavorable pour le moment.

*La Commission **rejette** cet amendement ainsi qu'un autre amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant que la pension de réversion constitue un droit acquis.*

Article 53

Revalorisation des petites retraites agricoles

Cet article vise à revaloriser les petites retraites agricoles des publics n'ayant pas bénéficié des précédentes mesures de revalorisation des retraites complémentaires des non-salariés agricoles, à savoir les conjoints, les veuves et veufs et les retraités ayant eu une carrière incomplète. Il instaure à cette fin un montant minimum de retraite de base et supprime le statut de conjoint participant.

*

*La Commission **adopte** successivement trois amendements de précision du rapporteur : le premier concernant le champ des pensions dont l'assuré doit avoir demandé la liquidation pour le versement de la majoration de pension ; le deuxième visant à préciser que le montant minimum est revalorisé en fonction de l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac ; le troisième étant relatif au calcul du plafond de pensions pour le versement de la majoration de pension et l'écrêtement de la majoration.*

*Elle **adopte** ensuite successivement cinq amendements du rapporteur : le premier ayant pour objet de préciser les modalités de revalorisation du plafond, lesquelles doivent être les mêmes que celles du montant minimum ; le deuxième visant à préciser que la variation de la majoration des pensions dépend de l'évolution du montant des pensions versées au bénéficiaire, du montant minimum auquel l'assuré a droit et du plafond ; le troisième tendant à garantir par un décret en Conseil d'État la conformité des dispositions réglementaires concernant la durée d'assurance avec les déclarations de l'exposé des motifs ; le quatrième prévoyant qu'un décret simple est maintenu pour la fixation des modalités d'appréciation du plafond ; le cinquième, enfin, étant de nature rédactionnelle.*

*La Commission **adopte** l'article 53 ainsi modifié.*

Après l'article 53

La Commission examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse, présenté par M. Roland Muzeau, visant à étendre le régime complémentaire

obligatoire (RCO) des non-salariés agricoles aux statuts de conjoints et aides familiaux.

M. Denis Jacquat, rapporteur. La plupart des organisations agricoles se sont mises d'accord avec le Gouvernement pour améliorer la situation des assurés qui ne bénéficient pas de la retraite complémentaire obligatoire. Elles ne souhaitent pas réformer le RCO mais améliorer le sort des salariés qui n'ont pas bénéficié de la revalorisation des retraites agricoles : les veufs, les conjoints et les exploitants dont les carrières sont incomplètes. Avis défavorable.

M. Roland Muzeau. Pourtant, parmi les mesures pour 2009 annoncées par le ministre de l'agriculture figure l'accès à la pension de réversion pour tous.

La Commission rejette cet amendement.

Après avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite un amendement de Mme Jacqueline Fraysse, présenté par M. Roland Muzeau, visant à prévoir l'extension aux conjoints et aides familiaux du régime obligatoire des non-salariés non agricoles.

Puis la Commission examine un amendement de Mme Jacqueline Fraysse, présenté par Roland Muzeau, visant à modifier le taux de réversion de la pension du régime complémentaire obligatoire en le faisant passer de 54 % à 73 %.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Je me suis interrogé sur les raisons conduisant à proposer le taux de 73 %. Je me suis souvenu qu'avant 2004 lorsqu'une personne se retrouvait veuve et percevait des droits directs et des droits dérivés, un double plafond de ressources était appliqué, soit une limite forfaitaire de 73 % du montant maximum de la pension de vieillesse du régime général, soit une limite égale à 52 % du total de la pension personnelle de la veuve et de la pension de son conjoint décédé. Mme Jacqueline Fraysse propose de transformer le taux de calcul de l'ancien plafond en taux de réversion ! Avis défavorable.

La Commission *rejette* cet amendement.

Article 54

Modification des règles d'indexation des pensions de retraite

Cet article modifie, à compter de 2009, les modalités de revalorisation annuelle des pensions des retraités du régime général, des régimes alignés, des fonctionnaires et des professions libérales. Il vise à réduire l'écart entre le moment où la variation de l'indice des prix d'une année donnée est constatée et le moment où les pensions sont revalorisées en fonction de cette variation. À cette fin, il propose de revaloriser les pensions au 1^{er} avril.

La Commission examine un amendement de Mme Marisol Touraine, présenté par M. Jean Mallot, prévoyant que les pensions de vieillesse servies par le régime général sont revalorisées au 1^{er} janvier 2009 et que le coefficient est fixé à 1,053.

M. Jean Mallot. Le texte modifie la date de revalorisation des pensions vieillesse en la fixant au 1^{er} avril 2009. Nous souhaitons que la date du 1^{er} janvier soit conservée afin de maintenir le pouvoir d'achat.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Cette question a été discutée à l'article 6. Avis défavorable.

La Commission rejette cet amendement.

Puis elle adopte l'article 54 sans modification.

Article additionnel après l'article 54

Détermination du salaire moyen de référence servant à calculer le montant des pensions de retraite liquidées sur une base trimestrielle

La Commission examine un amendement du rapporteur proposant de déterminer le salaire moyen de référence servant à calculer le montant des pensions de retraite liquidées sur une base trimestrielle et non pas annuelle.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Cet amendement est la traduction d'une proposition de mon rapport d'information. Le calcul du salaire moyen sur une base trimestrielle permettra de liquider les pensions du régime général et des régimes alignés de manière plus juste. Les montants refléteront mieux la réalité des carrières professionnelles. Cette base de calcul permettra aussi de résoudre l'absence de prise en compte de l'année de liquidation, seul le dernier trimestre travaillé étant écarté du calcul du salaire moyen. Il s'agit d'un amendement d'appel, tendant à plus de justice sociale pour les petits retraités.

La Commission adopte cet amendement.

Article 55

Aménagement du régime du minimum contributif

Cet article modifie le régime du minimum contributif majoré afin de circonscrire son bénéfice aux assurés ayant cotisé pendant une durée minimale fixée par décret et subordonne l'application du minimum contributif à une condition de revenu : le total des pensions personnelles de retraite attribuées par les régimes de base et complémentaires légalement obligatoires à un assuré ne devra pas excéder un montant fixé par décret pour permettre à cet assuré de bénéficier pleinement du supplément de pension auquel il aurait droit par application du mécanisme du minimum contributif.

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** un amendement de Mme Marisol Touraine tendant à supprimer le premier alinéa de l'article 55 au motif que son application pénaliserait en particulier les femmes qui ne bénéficient, encore aujourd'hui, que de durées cotisées plus brèves.*

*La commission **adopte** ensuite un amendement de précision présenté par le rapporteur.*

*Puis elle **adopte** un amendement du rapporteur visant à définir une durée d'assurance cotisée adaptée à la situation des travailleurs handicapés, lesquels ne sont pas en mesure d'avoir une carrière professionnelle aussi longue que les travailleurs valides.*

*Elle **adopte** ensuite successivement cinq amendements du rapporteur, de nature rédactionnelle ou de précision.*

*Le rapporteur ayant jugé nécessaire de prévoir un délai avant de modifier le régime de la majoration du minimum contributif, qui concerne 4,5 millions de personnes, la commission **rejette** un amendement de Mme Marisol Touraine tendant à supprimer la première phrase du neuvième alinéa de l'article 55, par cohérence avec l'amendement du même auteur précédemment défendu.*

Elle est ensuite saisie d'un amendement du rapporteur renvoyant à un décret la fixation de la date d'entrée en vigueur de la condition de revenus, dans la limite du 1^{er} janvier 2011.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Plus de 340 000 assurés du régime général bénéficient chaque année du minimum contributif. Le contrôle du respect de la nouvelle condition de ressources étant particulièrement complexe à mettre en œuvre, il convient d'en retarder la mise en application, en fixant pour limite les pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2011.

*La Commission **adopte** cet amendement, puis elle **adopte** l'article 55 ainsi modifié.*

Article additionnel après l'article 55

Création d'une retraite anticipée pour carrière longue pour les professionnels libéraux et les avocats lourdement handicapés

*La commission **adopte** un amendement du rapporteur portant article additionnel et visant à étendre aux professionnels libéraux et avocats lourdement handicapés le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue.*

Article 56

Rachat de cotisations au titre du départ anticipé à la retraite

Cet article vise à mettre fin à la faculté, ouverte en 2003, de racheter jusqu'à douze trimestres d'assurance pour réunir les conditions de durée d'assurance exigées pour l'ouverture du droit au départ anticipé à la retraite pour carrière longue.

*

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Marisol Touraine tendant à supprimer l'article 56.

M. Jean Mallot. L'accord obtenu en 2003 sur les dispositions de rachat de trimestres d'assurance doit être respecté. Or, l'article 56 durcit les conditions d'accès à la retraite anticipée pour carrière longue.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Défavorable. Ces rachats de trimestres ont donné lieu à des abus. La retraite anticipée pour carrière longue est maintenue, mais elle doit effectivement bénéficier aux assurés ayant commencé leur carrière très jeunes et cotisé une durée d'assurance suffisante.

M. Jean Mallot. L'existence d'abus ne justifie pas la suppression du dispositif.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Il n'est pas supprimé, mais les conditions sont durcies afin de prévenir ces abus que la presse a largement évoqués.

La Commission rejette l'amendement.

Elle adopte ensuite un amendement de coordination du rapporteur.

Elle adopte également un amendement du rapporteur étendant le bénéfice du régime de retraite anticipée pour carrière longue aux fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Il s'agit de réparer un oubli.

La Commission adopte l'article 56 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 56

Plafonnement des aides sociales à domicile

La Commission est saisie d'un amendement du rapporteur visant à soumettre à condition de ressources le versement des aides ménagères par les régimes d'assurance vieillesse.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Certaines caisses régionales d'assurance vieillesse n'ayant fixé aucun plafond de ressources pour le versement de l'aide ménagère à domicile, des retraités disposant de revenus importants ont pu en bénéficier, alors même qu'ils bénéficiaient également d'une déduction de l'impôt sur le revenu à hauteur de 50 %.

Je propose de fixer un plafond et de concentrer l'effort sur les retraités les plus défavorisés.

M. Roland Muzeau. Combien de retraités sont concernés par cette dérive ?

M. Denis Jacquat, rapporteur. Nous ne le savons pas, mais le régime général a dépensé plus de 250 millions d'euros en 2007 pour financer 21 millions d'heures d'aide ménagère à domicile. Les personnes dont les revenus dépassent le plafond pourront recourir au service mandataire et bénéficier tout de même de la déduction fiscale.

La Commission adopte cet amendement.

Avant l'article 57

La Commission examine un amendement de M. Yves Bur visant à augmenter l'âge légal du départ à la retraite d'un trimestre par an pendant vingt ans.

M. Yves Bur. La branche vieillesse est en déficit, et en dépit de nos tentatives, celui-ci devrait se maintenir, en 2012, à hauteur de 2,3 milliards d'euros, avant d'augmenter dans les années suivantes. La seule manière de quitter cette impasse est de toucher à l'âge légal du départ à la retraite, une mesure que tous les pays européens ont prise depuis longtemps. Toutefois, pour faciliter son application, je propose d'augmenter l'âge légal au rythme de l'accroissement de l'espérance de vie, soit un trimestre par an. Au bout de vingt ans, nous atteindrons ainsi l'âge de 65 ans, et nous serons alors dans la moyenne européenne.

Adopter cette mesure permettrait de régler le problème des retraites à l'horizon 2030-2050, ce qui est une exigence morale, mais pas pour les années 2020. Cet amendement d'appel vise donc à lancer le débat. Il est temps de prendre des mesures efficaces car les déficits accumulés coûtent déjà 7,3 milliards d'euros de frais financiers. J'en appelle donc à la responsabilité de chacun.

M. Roland Muzeau. Un tel amendement a de quoi énerver les signataires de l'accord du 15 mai 2003. Certes, il s'agissait de mon point de vue d'un très mauvais accord, mais il ne s'impose pas moins à chacun d'entre nous. Déjà, certains de ses points ne sont, cinq ans après, toujours pas appliqués, telles les négociations sur la question des métiers pénibles, qui n'ont pas eu lieu en raison

de l'obstruction du Medef. Et voilà que l'on cherche à imposer ce qui n'avait pas été prévu !

Le Président de la République, il y a quelques semaines, a pourtant exclu toute remise en cause de l'âge légal de départ en retraite.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Il est exact que la loi de 2003 avait prévu une négociation interprofessionnelle sur le problème de la pénibilité. Comme nous le savons, les choses ont traîné depuis, mais le ministre a indiqué qu'il se chargerait de la question.

La pénibilité est d'ailleurs un des paramètres que la discussion sur la proposition de M. Yves Bur devra prendre en compte. Sera-t-elle compensée par des années de cotisation en moins, ou par l'accès à un travail moins pénible grâce à la formation tout au long de la vie ? L'amendement pose des questions dont un grand nombre ne sont pas résolues à l'heure actuelle. Je ne peux donc donner un avis favorable.

Par ailleurs, comme le montre l'étude comparative incluse dans mon rapport, de nombreux pays européens ne sont pas encore passés à la retraite à 65 ans.

M. le Président Pierre Méhaignerie. Le courage est une vertu que j'admire, mais il faut faire preuve de pédagogie. S'il est nécessaire de poser le débat, introduire une telle mesure par voie d'amendement reviendrait à donner une arme à tous ceux qui exploitent le sentiment de peur. Je souhaite donc que le courage n'empêche pas la lucidité politique.

La Commission rejette cet amendement.

Article 57

Mise en place d'une validation de trimestres supplémentaires au bénéfice des commerçants et artisans à compter de 2010

Cet article ouvre droit aux assurés justifiant d'une durée d'affiliation minimale dans les régimes d'assurance vieillesse des artisans, commerçants et industriels le droit d'obtenir, à compter de 2010, une validation de trimestres d'assurance supplémentaires en contrepartie du versement d'une cotisation additionnelle.

*

La Commission examine un amendement du rapporteur précisant que le bénéfice des dispositions prévues par l'article 57 est accordé à tout assuré respectant les conditions fixées au II du même article.

M. Denis Jacquat, rapporteur. La rédaction de l'article laissant subsister un doute ; il convient d'affirmer clairement que si l'artisan, le commerçant ou

l'industriel respecte les conditions posées, la validation des trimestres demandés ne peut lui être refusée. La Caisse nationale du RSI ne pourra s'y opposer ou en restreindre le bénéfice au prétexte d'une insuffisance des ressources disponibles.

La Commission adopte cet amendement, puis elle adopte l'article 57 ainsi modifié.

Article 58

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

Cet article vise à inciter les partenaires sociaux à définir des actions en faveur du maintien dans l'emploi des salariés âgés par la conclusion d'accords d'entreprise ou de groupe. À défaut d'accord, les entreprises peuvent élaborer un plan d'actions propre à une entreprise. En l'absence d'accord ou de plan d'actions, une pénalité égale à 1 % de la masse salariale est appliqué ; son produit est versé à la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

*

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Marisol Touraine visant à ce que l'anticipation des carrières professionnelles et la formation professionnelle soient abordées dans le cadre de la négociation triennale sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des salariés âgés.

M. Jean Mallot. Nous souhaitons que la question de l'emploi des seniors ne soit pas abordée sous un angle uniquement comptable, mais sous un angle prévisionnel, grâce à l'anticipation des carrières. De cette façon, on aura des chances d'obtenir de meilleurs résultats qu'avec les méthodes utilisées jusqu'à présent.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Sur le fond, je suis d'accord : l'anticipation des carrières et la formation professionnelle constituent l'essentiel du problème de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des salariés âgés, pas sa totalité toutefois.

Reste que la rédaction de l'amendement conduirait à supprimer les dispositions de l'alinéa 3 qui prévoient des négociations triennales sur l'emploi des salariés âgés. Il conviendrait donc de le rectifier en remplaçant le mot « rédiger » par « compléter ». Sous cette réserve, j'y suis favorable.

M. Jean Mallot. Nous sommes d'accord.

M. le président Pierre Méhaignerie. Même rectifiée, la rédaction de l'amendement n'est pas satisfaisante.

M. Dominique Tian. Si le champ de la négociation n'est pas convenablement défini, toutes les entreprises seront soumises à un prélèvement de 1 % sur leur chiffre d'affaires. Évitions les contentieux !

M. Denis Jacquat, rapporteur. Non, l'amendement concerne les négociations triennales et non les accords d'entreprise devant être conclus sur l'emploi des salariés âgés et dont l'absence déclencherà la pénalité de 1 %.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je vous suggère de proposer une nouvelle version de l'amendement lorsque la commission se réunira au titre de l'article 88.

L'amendement est retiré.

La Commission adopte ensuite un amendement du rapporteur tendant à inclure explicitement les établissements publics dans le champ d'application de l'article.

Puis elle est saisie de deux amendements pouvant faire l'objet d'une discussion commune.

Elle examine tout d'abord un amendement de Mme Marisol Touraine visant à élargir le champ d'application de l'article aux entreprises d'au moins vingt salariés.

M. Jean Mallot. Si nous voulons que le dispositif ait une portée, il doit concerner un grand nombre d'entreprises.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Avis défavorable. Le choix d'un seuil de cinquante salariés permet de couvrir 56 % des salariés français. L'abaisser à vingt salariés reviendrait à imposer aux PME de définir des plans d'emploi et de recrutement des salariés âgés qu'elles ne seront pas en mesure de respecter.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ces entreprises connaissent déjà des difficultés immenses. N'en rajoutons pas.

La Commission examine ensuite un amendement de M. Dominique Tian visant à porter à trois cents salariés le seuil d'application du dispositif.

M. Dominique Tian. Il paraît déraisonnable de faire peser une telle obligation – de surcroît assortie d'une pénalité – sur les entreprises de cinquante salariés. Ce sont celles qui se portent le plus mal. Avec un seuil de trois cents salariés, la mesure représenterait déjà une belle avancée.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Avis défavorable, pour la raison inverse : les entreprises de plus de trois cents salariés n'emploient que 35 % des salariés en France et ne représentent que 0,2 % des entreprises françaises. Je rappelle par ailleurs que dans notre pays, les deux tiers des entreprises n'ont aucun salarié.

La Commission rejette successivement ces deux amendements.

M. le président Pierre Méhaignerie. J'appelle les différents groupes à se mettre d'accord pour déterminer quelles sont les vingt ou vingt-cinq propositions d'articles additionnels qui méritent vraiment un débat en séance publique.

M. Jean Mallot. Pour sa part, le groupe socialiste a déjà opéré une telle sélection. C'est dans la majorité que l'on observe un foisonnement d'amendements portant articles additionnels, souvent en contradiction les uns avec les autres.

M. le président Pierre Méhaignerie. Dites-le à M. Préel et à M. Jardé.

La Commission est saisie d'un amendement de M. Dominique Tian visant à préciser que le versement d'une éventuelle pénalité est effectué annuellement.

M. Denis Jacquat, rapporteur. La pénalité intervient une fois par an mais elle n'est pas annuelle, car elle s'applique à toute la période de l'année pendant laquelle l'entreprise n'est pas couverte par un accord. Avis défavorable, donc.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de Mme Marisol Touraine prévoyant que l'accord ou le plan d'action relatif à l'emploi des salariés âgés porte sur la gestion prévisionnelle des âges par l'anticipation des carrières professionnelles et la formation professionnelle.

M. Jean Mallot. L'amendement est en cohérence avec celui que je défendais à l'instant.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Sur le fond, je n'y suis pas hostile, mais il risque de compliquer la conclusion des accords, au risque de soumettre, dès 2010, des entreprises à une pénalité alors qu'elles auront entrepris des négociations. De toute façon, un article du code du travail oblige les partenaires sociaux de branche à négocier sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des salariés âgés.

M. Jean Mallot. Raison de plus !

M. Denis Jacquat, rapporteur. Je n'ai pas dit que j'étais défavorable à l'amendement.

M. Dominique Tian. Qu'est-ce que « la gestion prévisionnelle des âges par l'anticipation des carrières professionnelles » ?

M. Jean Mallot. C'est la gestion des âges et des carrières.

M. le président Pierre Méhaignerie. La rédaction de l'amendement devra être clarifiée lors de la réunion de l'article 88.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de Mme Marisol Touraine tendant à ce que l'accord ou le plan d'action fasse l'objet d'une évaluation annuelle.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Avis défavorable. Ce contrôle revient aux partenaires sociaux, ils y tiennent.

La Commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie d'un amendement de Mme Marisol Touraine tendant à préciser que le produit de la pénalité est affecté au Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

M. Denis Jacquat, rapporteur. J'ai contribué, en son temps, à la création du FRR et je considère qu'il doit avoir des ressources pérennes et sanctuarisées. Mais, en l'espèce, le régime général supportant l'essentiel du coût du non-emploi des seniors, c'est à la CNAV que doit aller ce produit. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Suivant l'avis du rapporteur, elle rejette ensuite deux amendements de Mme Marisol Touraine tendant à favoriser la gestion prévisionnelle des âges.

Puis, sur avis du rapporteur, la Commission rejette un amendement de M. Dominique Tian limitant aux entreprises de plus de 300 salariés l'obligation de définir un plan relatif à l'emploi des salariés âgés.

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Marisol Touraine tendant à empêcher que l'absence d'accord dans une filiale ne serve de prétexte permettant à tout un groupe d'échapper au dispositif.

Suivant l'avis du rapporteur, la Commission rejette l'amendement.

Après avis défavorable du rapporteur, elle rejette ensuite un amendement de M. Dominique Tian limitant l'application de la pénalité aux entreprises de plus de 300 salariés n'ayant pas élaboré de plan relatif à l'emploi des salariés âgés.

La Commission adopte un amendement de rectification présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur, puis elle adopte l'article 58 ainsi modifié.

Article 59

Libéralisation du cumul emploi-retraite pour les bénéficiaires du taux plein

Cet article vise à libéraliser les conditions dans lesquelles un retraité peut cumuler une pension de retraite et un revenu d'activité professionnelle. Le

Gouvernement propose de supprimer toutes les restrictions en vigueur (plafond de cumul de ressources, délai de latence de six mois avant de retourner chez son dernier employeur) dès lors que le retraité a liquidé toutes ses pensions de retraite personnelles auprès des régimes obligatoires d'assurance vieillesse et qu'il ait soit justifié d'une durée d'assurance au moins égale à la durée limite (40 ans et un trimestre en 2009) permettant d'obtenir une liquidation de pension au taux plein à 60 ans, soit atteint l'âge de 65 ans.

*

*La Commission **adopte** deux amendements de précision présentés par le rapporteur, puis elle **adopte** l'article 59 ainsi modifié.*

Article 60

Surcote

Cet article renforce la majoration de pension dite « surcote ».

*

*La Commission **adopte** un amendement de M. Denis Jacquat, rapporteur, précisant que les trimestres pris en compte pour le calcul de la surcote dans le régime de la fonction publique sont les trimestres cotisés.*

*Puis elle **adopte** l'article 60 ainsi modifié.*

Article 61

Suppression de la mise à la retraite d'office

Cet article supprime à compter du 1^{er} janvier 2010 la possibilité pour les employeurs de mettre d'office à la retraite leurs salariés âgés de 65 ans, sous réserve de mesures transitoires pouvant prolonger cette faculté en raison de l'existence de certains types d'accords collectifs du travail ou d'accords professionnels.

*

*La Commission **adopte** un amendement de M. Denis Jacquat, rapporteur, qui supprime l'alinéa 6, redondant, puis elle **adopte** l'article 61 modifié.*

Après l'article 61

La Commission est saisie d'un amendement de M. Dominique Tian portant article additionnel après l'article 61 et visant à relever progressivement l'âge légal de la retraite pour le porter à 63 ans et demi en 2020.

*Elle **rejette** cet amendement.*

Article 62

**Autorisation de la poursuite d'activité au-delà des limites d'âge
dans la fonction publique**

Cet article autorise les fonctionnaires à prolonger leur activité professionnelle au-delà de la limite d'âge prévue par les statuts du corps auquel ils appartiennent, sans que cette prolongation puisse leur permettre de rester en activité au-delà de 65 ans. A cette fin, un article 1^{er}-3 est inséré dans la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public.

*

La Commission adopte l'article 62 sans modification.

Article 63

Réforme de l'indemnité temporaire de retraite versée aux pensionnés civils et militaires de l'État résidant en outre-mer

Cet article vise à réformer les conditions d'attribution de l'indemnité temporaire de retraite (ITR) dont bénéficient les fonctionnaires et militaires relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite et les militaires invalides, qui établissent leur résidence à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Pierre-et-Miquelon, en Nouvelle-Calédonie, à Wallis-et-Futuna et en Polynésie française.

Pour les nouveaux bénéficiaires, de nouvelles conditions d'attribution sont définies : l'éligibilité au dispositif sera ainsi conditionnée par quinze ans de services effectifs dans les collectivités concernées ou parce que le pensionné y trouve ses centres d'intérêt matériels et moraux ; par ailleurs, son montant sera plafonné dès 2009.

Pour les bénéficiaires actuels il est prévu de plafonner le montant de l'ITR selon la collectivité de résidence, le plafond étant dégressif jusqu'en 2018.

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Denis Jacquat, rapporteur, tendant à ce que, à dater du 1^{er} janvier 2009, pour les nouveaux bénéficiaires, le taux maximum de majoration de l'indemnité temporaire de retraite soit fixé à 35 %.

M. Denis Jacquat, rapporteur. S'agissant des indemnités temporaires de retraite (ITR) fréquemment appelées « suspensions » prises par les fonctionnaires dans les collectivités d'outre-mer, il importe de distinguer celles qui sont déjà servies – le stock – de celles qui le seront – le flux. Je n'envisage pas de modifier le stock mais il en va autrement pour le flux. Le taux actuel de majoration est de 35 % à la Réunion et à Mayotte, de 40 % à Saint-Pierre-et-Miquelon et de 75 %

dans la zone Pacifique. Je propose d'uniformiser le taux à 35 %. Toutefois, nous ne disposons pas d'études argumentées sur les différences de coût de la vie entre la métropole et les territoires concernés.

M. Yves Bur. Le rapport d'audit de modernisation sur l'ITR rédigé par l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale de l'administration en novembre 2006 avait mis en évidence un écart d'environ dix points, mais je m'étonne que la réforme d'un dispositif jugé abusif par certains soit faite sans que les données aient été mises à jour.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le dispositif d'indemnité temporaire de retraite versée aux pensionnés civils et militaires de l'État résidant outre-mer est appréhendé de trois manières. Le Gouvernement a un point de vue, mais certains voudraient aller plus loin dans la rigueur – ou l'assainissement –, et d'autres jugent que l'on va trop fort et trop vite. L'objectif étant de lutter contre les abus tout en soutenant le développement des collectivités d'outre-mer, la voie moyenne choisie par le Gouvernement pour accomplir une mutation nécessaire me semble équitable. C'est aussi ce que pense la CFDT, ce qui n'est pas négligeable. Je souhaite donc que l'on ne s'éloigne pas du texte proposé par le Gouvernement pour cet article.

M. René-Paul Victoria. Je suis de ceux qui considèrent que l'on va trop vite et trop fort. Les députés ultramarins ne sont pas contre le réexamen du dispositif, mais il y a manière et manière. À cet égard, nous réunir il y a quinze jours, après une conférence de presse, pour nous dire : « Voilà ce qui va se passer », comme l'a fait M. Yves Jégo, secrétaire d'État chargé de l'outre-mer, dénote un manque de pédagogie. Nous demandons que l'application de l'article soit suspendue jusqu'au 1^{er} janvier 2010, pour organiser la concertation avec les syndicats des territoires concernés, qui n'ont pas été consultés, et lui permettre d'aboutir, et pour laisser le temps de bâtir un projet visant, à terme, l'extinction du dispositif. Nous sommes prêts à des efforts, mais sur la base d'éléments chiffrés. Je présenterai un amendement en ce sens.

Mme Isabelle Vasseur. Pour que cette réforme soit acceptée par les intéressés, je suis favorable à ce que l'on permette aux discussions engagées entre le Gouvernement et les syndicats d'aboutir ; c'est d'ailleurs la position majoritaire qui semble émaner au sein du groupe UMP.

M. Gaël Yanno. Le dispositif, créé en 1952, doit effectivement être modifié pour supprimer les effets d'aubaine et il convient de plafonner certaines majorations. Aller au-delà reviendrait à sanctionner les fonctionnaires qui vont prendre leur retraite dans les cinq prochaines années et qui ne peuvent plus rien faire pour modifier le cours de leur carrière. Un délai permettant une évolution progressive est indispensable. La commission des finances a d'ailleurs adopté des amendements en ce sens.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le problème est connu depuis très longtemps. Il a fait l'objet d'observations répétées de la Cour des comptes, de rapports de M. Marc Laffineur, de M. Gilles Carrez et de M. Jean-Pierre Brard, et il a été évoqué par les chaînes de télévision. L'idée de la réforme a mûri, mais il convient d'agir avec prudence. Nos deux commissions se rapprocheront donc et je ne doute pas qu'elles parviendront à une position commune.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Le *statu quo* serait mal vécu en métropole et il pourrait avoir pour conséquence, à terme, des mesures plus contraignantes car la Cour des comptes formule régulièrement des observations très critiques à ce sujet. Je plaide donc en faveur du maintien de l'article et de l'adoption de l'amendement que je vous ai présenté. Cela étant, il faut aussi se rapprocher des députés locaux et de la commission des finances pour garantir la cohérence et éviter de prendre des mesures qui se retourneraient contre les collectivités d'outre-mer.

M. Roland Muzeau. L'avis des présidents des collectivités territoriales concernées est-il connu officiellement ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Pas à ce jour.

M. Gaël Yanno. Que les Français du Pacifique vous ont-ils fait pour que vous proposiez de réduire de plus de moitié la majoration de pension actuellement servie aux fonctionnaires qui y prennent leur retraite ?

M. Denis Jacquat, rapporteur. Rien, bien sûr ! Ma proposition tend, je l'ai dit, à uniformiser le taux de majoration des pensions des nouveaux bénéficiaires – et de ceux-là seulement – dans toutes les collectivités ouvrant droit à l'ITR. J'ai choisi le taux appliqué à La Réunion et à Mayotte, où se concentrent 20 000 des 33 000 bénéficiaires de la majoration, mais on peut concevoir de le relever.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je serais favorable à ce que l'on en reste, à ce stade, au texte du Gouvernement.

M. Dominique Tian. L'ambiguïté tient à ce que M. Jacquat ne s'exprime pas en sa qualité de rapporteur mais à titre personnel, et que la position qu'il défend n'est pas celle du groupe UMP – lequel souhaite le rejet des deux amendements qu'il a présenté sur l'article.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je partage l'analyse de M. Jacquat.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Après avoir beaucoup consulté, j'ai en effet pris une position personnelle consistant à proposer un taux de majoration homogène, en prenant pour référence le taux appliqué à La Réunion, où vivent le plus grand nombre de bénéficiaires de l'ITR.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je suggère le retrait de tous les amendements, l'adoption de l'article en l'état et la reprise de la discussion avec la commission des finances dans le cadre de la réunion que nous tiendrons en application de l'article 88.

M. Yves Bur. Je souhaite appeler l'attention de nos collègues ultramarins sur le fait que maintenir le dispositif inchangé serait difficilement acceptable pour les métropolitains. Le fait que l'on ne sache pas exactement ce qui justifie la majoration de pension est en soi dommageable car cela donne le sentiment que l'on souhaite ne rien savoir pour ne rien modifier. D'autre part, le Gouvernement a conclu un accord dont on n'est pas sûr qu'il fasse l'unanimité. Or, l'augmentation du nombre des bénéficiaires est telle...

M. le président Pierre Méhaignerie. Elle est de 9,5% par an.

M. Yves Bur. On est passé de 9 000 bénéficiaires en 1989 à 32 000 aujourd'hui. Il est impératif de freiner cette dynamique. Pour ma part, je suis plus exigeant que le Gouvernement, car j'estime que le rythme d'extinction retenu est beaucoup trop lent. Mes amendements reflètent cette position. Mais je suis prêt à me rallier à la suggestion du président de notre commission et à les retirer si nous parvenons par la suite à exprimer une position de rassemblement claire et définitive.

M. Denis Jacquat, rapporteur. Je retire mes amendements.

M. René-Paul Victoria. Je retire le mien.

M. Roland Muzeau. Si l'on considère l'ampleur des sujets qu'il nous faudra examiner au cours de la réunion que nous tiendrons en application de l'article 88 du règlement, le temps prévu n'y suffira pas.

M. le président Pierre Méhaignerie. Deux séances seront organisées.

La Commission adopte l'article 63 sans modification.

Article 64

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2009

Cet article fixe à 190,6 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche vieillesse (qui inclut les dépenses d'invalidité au-delà de 60 ans) pour l'année 2008, soit une augmentation de 6,1 % par rapport à l'objectif voté pour 2008 (contre une augmentation de 4,4 % l'an passé).

*

La Commission adopte l'article 64 sans modification.

Section 3

**Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail
et de maladies professionnelles**

Avant l'article 65

La Commission est saisie d'un amendement de M. Roland Muzeau visant à exonérer les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles des franchises médicales.

M. Roland Muzeau. Au début de l'examen de cette section, je voudrais tout d'abord regretter que de tels sujets, d'une importance nationale, soient toujours traités rapidement à la fin de nos discussions, lorsque tout le monde a hâte de finir.

Les salariés ne sont pas responsables des accidents du travail dont ils sont victimes et il est parfaitement injuste qu'ils soient soumis à la franchise médicale. C'est un amendement de justice sociale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies professionnelles. Avis défavorable. Je prends acte de votre position, mais un amendement similaire de Mme Génisson a déjà été rejeté car le débat a déjà eu lieu lors de l'examen de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et il n'est pas envisageable d'aller à l'encontre de la politique du Gouvernement.

La Commission rejette l'amendement.

Article 65

Amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux

L'article 65 a pour objet d'améliorer la prise en charge des frais paramédicaux engagés par la victime d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail dont les tarifs sont insuffisants pour certains postes tels que l'appareillage dentaire, optique ou auditif.

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Roland Muzeau visant à assurer la prise en charge intégrale de frais de santé engagés par les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, notamment en matière d'appareillage dentaire, optique ou auditif.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable, car l'article 65 du projet de loi améliore déjà cette prise en charge. Du reste, l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007 relatif à la prévention, la tarification et la

réparation des risques professionnels évoque lui-même une « amélioration » de la prise en charge, et non une prise en charge intégrale.

La Commission rejette cet amendement.

Elle est saisie ensuite de trois amendements de Mme Aurélie Filippetti visant à inclure les victimes de maladies professionnelles dans le champ des bénéficiaires de l'amélioration de la prise en charge des frais paramédicaux, à supprimer le reste à charge pour les victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à prévoir la prise en charge de produits réalisés sur mesure destinés aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Mme Aurélie Filippetti. Les rapports se sont succédé sur cette question capitale et pourtant, le présent texte ne contient aucune mesure qui améliore la situation des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Il n'est pas normal qu'elles soient les seules victimes de dommages corporels à devoir supporter une part des frais liés à leur handicap. Mon premier amendement vise à ajouter les mots « ou à la maladie » après « liés à l'accident ». Le deuxième prévoit que le remboursement soit intégral, et non simplement majoré, si le produit ne figure pas sur la liste de référence. Le dernier est relatif aux aides techniques.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Ces amendements sont en grande partie déjà satisfaits par l'article 65, qui améliore la prise en charge des victimes en introduisant un coefficient de majoration sur les tarifs remboursables. En outre, l'accord interprofessionnel relatif à ces questions ne date que de mars 2007 et il ne me paraît pas nécessaire d'aller au-delà de la volonté des partenaires sociaux dans l'immédiat.

Mme Aurélie Filippetti. Cet accord a suscité le mécontentement des associations de victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. La question pourra toujours être revue lors des négociations qu'organisera le ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité.

M. Patrick Roy. Si ces amendements étaient satisfaits, ça se saurait ! Assumez vos positions : s'ils ne sont pas votés, les victimes ne seront pas indemnisées comme elles le devraient.

La Commission rejette ces trois amendements.

Elle adopte l'article 65 sans modification.

Article additionnel après l'article 65

Transmission des rapports d'incapacité permanente aux tribunaux de l'incapacité

La Commission est saisie d'un amendement de M. Olivier Jardé relatif à la transmission aux Tribunaux de l'incapacité (TCI) du dossier médical de la

victime en cas de contestation par l'employeur de son taux d'incapacité de travail permanente.

M. Olivier Jardé. Le taux d'incapacité permanente fixé à la suite d'un accident du travail peut être contesté par la victime, mais aussi par l'employeur. Or, le principe du secret médical interdisant aux médecins-conseils de transmettre le dossier aux juridictions, la décision fixant le taux d'incapacité est souvent déclarée inopposable à l'employeur. Cela conduit ainsi à ce que l'employeur responsable de l'accident n'en supporte pas le coût, qui est ainsi mutualisé sur la communauté des employeurs. Cet amendement remédie à cette difficulté.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Après un débat sur le même sujet l'an dernier, un groupe de travail a été constitué rassemblant le Conseil de l'ordre des médecins, les caisses nationales d'assurance maladie et les représentants des institutions et services concernés. Cet amendement reprend la solution préconisée par ce groupe de travail, qui permet d'apporter une solution pragmatique et concertée qui assure une bonne coordination de tous les médecins impliqués, dans le respect de la vie privée et du secret médical. Avis favorable.

La Commission adopte l'amendement.

Après l'article 65

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Aurélie Filippetti visant à permettre aux ayants droit des bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante d'obtenir le versement d'un capital décès.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable pour cause d'irrecevabilité financière. Le coût de cette disposition serait considérable.

M. Patrick Roy. Donc on ne donne aucune réponse concrète à un constat de profonde injustice. Je rappelle que le drame de l'amiante n'était pas un accident imprévisible.

La Commission rejette cet amendement.

Après avis défavorable du rapporteur, elle rejette deux amendements de Mme Aurélie Filippetti faisant d'une part de la liste des entreprises ouvrant droit au bénéfice du dispositif de cessation anticipée d'activité une liste simplement indicative et remédiant d'autre part à l'hétérogénéité des règles entre le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et le régime spécifique de cessation anticipée d'activité mis en place pour certains ouvriers de l'Etat relevant du ministère de la défense.

Article 66

Maintien des indemnités journalières et prévention de la désinsertion professionnelle

L'article 66 a pour objet de maintenir le versement des indemnités journalières entre la consolidation et la mise en œuvre de la décision de l'employeur de reclasser ou licencier un salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et de favoriser la réinsertion professionnelle de celui-ci par des actions de formation pendant l'arrêt de travail.

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Roland Muzeau proposant que les indemnités journalières soient égales au salaire net journalier perçu.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Cet amendement aurait un coût trop important. Il tombe sous le coup de l'article 40 relatif aux irrecevabilités financières.

La Commission rejette cet amendement.

Elle est ensuite saisie d'un autre amendement de M. Roland Muzeau relatif à une allocation compensatrice de perte de salaire qui serait versé aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles déclarées inaptes au travail, jusqu'à leur réinsertion professionnelle.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Même avis : cet amendement ne passera pas le filtre de l'article 40. Par ailleurs, l'article 66 propose déjà de maintenir le versement des indemnités journalières entre la date de reconnaissance de l'inaptitude et la date de la mise en œuvre de la décision de l'employeur de reclasser dans l'entreprise ou de licencier le salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ce qui représente un net progrès. Je note en outre que même l'accord interprofessionnel du 12 mars 2007 ne demandait pas d'allocation temporaire au-delà d'un mois.

La Commission rejette cet amendement.

Elle adopte l'article 66 sans modification.

Après l'article 66

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Aurélie Filippetti concernant la possibilité offerte à une victime du travail d'opter pour une rente ou un capital en cas d'accidents successifs.

Mme Aurélie Filippetti. Il n'est pas possible actuellement de cumuler les taux d'incapacité permanente entraînant le versement d'un capital – inférieurs à 10 % – ou d'une rente – supérieurs à 10 %. La victime d'accidents successifs dont

les taux cumulés dépasseraient 10 % doit pouvoir choisir entre le capital et la rente.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Cet amendement qui a d'ailleurs déjà été rejeté l'année dernière permettrait à la victime d'un petit accident d'opter pour une rente dès lors que cet accident vient après un accident plus grave. Cette proposition remet donc en cause le principe de la réparation des accidents du travail qui réserve la rente aux accidents les plus graves puisque, avec une telle mesure, une rente pourra être servie pour le seul dernier accident, même s'il est peu grave.

La Commission rejette cet amendement.

Elle est saisie d'un autre amendement de Mme Aurélie Filippetti instituant comme date de départ de la prescription la première constatation médicale de la maladie.

Mme Aurélie Filippetti. Actuellement, c'est le certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'activité professionnelle qui sert de point de départ de la prescription, la date de ce certificat étant assimilée à la date de l'accident du travail et fixant en même temps le point de départ des prestations. Or l'indemnisation devrait remonter à la date du premier certificat médical qui constate l'existence de la maladie. J'ajoute que le système actuel fait prendre en charge à l'assurance maladie des frais qui devraient être couverts par la branche des accidents du travail et maladies professionnelles.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Le système en vigueur a été adopté par le Parlement en décembre 1998 sur proposition de M. Claude Evin, conformément aux demandes des associations de victimes. En faisant le choix à cette époque d'assimiler à la date de l'accident celle du certificat médical faisant le lien avec la profession, il s'agissait alors de se rapprocher de la jurisprudence existant en matière de droit commun qui fait partir le délai de prescription de la manifestation du dommage et indemnise à compter de cette même date.

La Commission rejette cet amendement.

Article 67

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)

Cet article porte pour l'année 2009 à 880 millions d'euros la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général de la sécurité sociale au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et à 315 millions d'euros celle au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Il supprime également la contribution à la charge des entreprises dont les salariés ont été exposés à l'amiante.

La Commission est saisie d'un amendement de Mme Aurélie Filippetti visant à rétablir la contribution des entreprises au financement de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Mme Aurélie Filippetti. Supprimer cette contribution comme le fait l'alinéa premier de l'article 67 revient à déresponsabiliser totalement des entreprises qui ont exposé leurs salariés à l'amiante. Il faudrait au contraire un système de bonus-malus.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Cette contribution a un faible rendement, de l'ordre de 30 millions d'euros par an au lieu des 120 millions attendus et elle est surtout un obstacle majeur à la reprise de l'activité des sociétés en redressement ou en liquidation judiciaire et à la transmission des entreprises. En prévoyant une augmentation à due concurrence de la dotation de la branche AT-MP, le projet de loi fait en sorte que sa suppression n'ait pas d'impact sur les comptes du FCAATA.

M. Patrick Roy. Le Gouvernement ne veut pas d'un procès pénal pour l'amiante. Tout est fait pour bloquer l'instruction et pour refuser aux juges les moyens qu'ils réclament. Cent mille personnes ont été tuées volontairement en France – il ne s'agit pas d'un accident ! – et vous nous proposez un article grâce auquel plus personne n'est responsable. C'est ignoble.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Vos chiffres ne correspondent pas aux miens, mais le problème principal est que la contribution n'a rapporté qu'environ trente millions, au lieu des cent vingt espérés. Le Gouvernement a donc choisi de remplacer ce dispositif complexe et économiquement contre-productif car il est un obstacle majeur à la reprise et à la transmission des entreprises inscrites sur les listes du FCAATA et pèse gravement sur l'emploi dans des secteurs ou des zones géographiques déjà fortement sinistrés.

La Commission rejette cet amendement.

Elle est saisie d'un amendement de M. Roland Muzeau visant à déplaçonner la contribution des employeurs au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

M. Roland Muzeau. Au moment où le FCAATA doit prendre en charge de plus en plus de victimes, la suppression de cette contribution déresponsabilise les employeurs ayant exposé leurs salariés à l'amiante et fait peser le poids du dispositif sur l'ensemble de la branche AT-MP. Il serait plus légitime d'augmenter le rendement de cette contribution en la déplaçant. Il est totalement irresponsable de faire peser la faute de quelques employeurs sur tous les autres.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable. Le plafond de cette contribution avait déjà été relevé à compter du 1^{er} janvier 2007 de 2 millions à 4 millions d'euros par année civile sans augmenter pour autant le rendement de la

contribution. En outre, le déplafonnement de la contribution ne répond pas aux menaces sur le maintien de l'emploi.

M. Patrick Roy. Que le système soit compliqué, soit, mais cela n'explique pas qu'on le supprime ! On peut trouver plusieurs pistes intéressantes pour augmenter le rendement de la contribution dans le rapport d'avril 2008 du groupe de travail dirigé par M. Le Garrec. Sa suppression ne fera qu'encourager les comportements qui ont entraîné ce drame.

La Commission rejette l'amendement, puis elle adopte l'article 67 sans modification.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je reconnais qu'un débat est nécessaire sur le sujet de l'amiante, mais nous ne pouvons l'entamer sans négociation préalable avec le Gouvernement.

M. Patrick Roy. Et comme d'habitude, on abordera le problème en un quart d'heure à la fin de la discussion, lorsque tout le monde sera exténué. C'est chaque année pareil.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le fait que nous multiplions les amendements n'arrange rien.

M. Jean Mallot. Il y a plus d'amendements de la majorité que de l'opposition !

Après l'article 67

La Commission est saisie d'un amendement de M. Roland Muzeau visant à étendre le régime favorable de prescription en matière d'amiante des salariés du régime général aux salariés des régimes spéciaux.

M. Roland Muzeau. Depuis un arrêt de la Cour de cassation du 10 juillet 2008, un salarié d'un régime spécial ne peut plus tenter une action en reconnaissance du caractère professionnel de sa maladie ni une procédure de reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur si la première constatation médicale de sa maladie a eu lieu entre le 1^{er} janvier 1947 et le 28 décembre 1998. Ces actions sont pourtant ouvertes aux salariés du régime général sans délai de prescription. Nous proposons que le délai de prescription ne s'applique à aucune victime de l'amiante.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable pour cause d'irrecevabilité financière : étendre des dispositions du régime général aux salariés de régimes spéciaux coûterait cher...

M. Roland Muzeau. Depuis que nous examinons ce texte, des amendements coûteux ont été adoptés. Il est vrai qu'aucun d'eux ne concernait des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles...

La Commission rejette cet amendement.

La Commission examine deux autres amendements de M. Roland Muzeau visant à augmenter le montant de l'allocation de cessation anticipée d'activité et à créer auprès des Caisses régionales d'assurance maladie un registre des salariés exposés à des poussières d'amiante ouvrant droit à un suivi spécifique.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable : le premier amendement correspond à une revendication récurrente qui aurait un coût excessif tandis que la deuxième proposition me semble assez peu opérationnelle.

M. Denis Jacquat. Pourquoi n'examinerait-on pas à l'avenir les différentes branches de la sécurité sociale selon un ordre différent d'une année à l'autre ?

M. le président Pierre Méhaignerie. C'est une suggestion pertinente.

Article 68

Montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Cet article a pour objet de fixer à 710 millions d'euros pour l'année 2009 le montant du reversement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) vers la branche maladie du régime général.

*

La Commission examine deux amendements de Mme Aurélie Filippetti et de M. Roland Muzeau tendant à augmenter le montant de ce versement.

Mme Aurélie Filippetti. La hausse prévue par le projet de loi n'est pas à la hauteur du coût de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles tel qu'il a été évalué par la commission prévue à l'article 176-2 du code de la sécurité sociale et présidée par M. Noël Diricq. Cet amendement vise à lutter contre la fraude et à garantir aux victimes une réparation intégrale.

M. Roland Muzeau. Cela fait plusieurs années que le PLFSS ne prend pas en compte l'ampleur de cette sous-déclaration, il convient donc de retenir l'évaluation haute de la commission Diricq pour rétablir une moyenne.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. Avis défavorable : la contribution de la branche AT-MP à la branche assurance maladie n'était que de 410 millions d'euros l'année dernière, elle est de 710 millions d'euros cette année. Cela représente une progression de 73 % ce qui n'est pas négligeable et montre que le phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles est mieux pris en compte.

La Commission rejette ces deux amendements, puis elle adopte l'article 68 sans modification.

Article 69

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2009

Cet article fixe pour 2008 à 13 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à 11,4 milliards l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour le régime général de la sécurité sociale.

*

La Commission adopte l'article 69 sans modification.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 70

Financement par la Caisse nationale des allocations familiales de l'intégralité des majorations de pensions pour enfants

Cet article vise à transférer à la branche famille le financement intégral des majorations de pensions servies aux parents ayant élevé au moins trois enfants, dont la charge financière est assurée aujourd'hui à 60 % par la CNAF et à 40 % par le Fonds de solidarité vieillesse.

Une phase transitoire est prévue : en 2009, la CNAF prendra en charge 70 % des majorations, en 2010 85 %, et supportera l'intégralité du coût des majorations de pensions en 2011.

*

La Commission examine deux amendements identiques de M. Jean-Luc Prétel et de M. Roland Muzeau, tendant à la suppression de l'article.

M. Jean-Luc Prétel. Je présente cet amendement chaque année depuis que les socialistes ont transféré à la branche famille le financement d'un avantage relevant de la branche vieillesse. Nous considérons que les excédents de la branche famille doivent être réservés à l'amélioration de la politique familiale.

M. Roland Muzeau. De tels transferts sont en effet inadmissibles.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous consacrons à la politique familiale une enveloppe d'un montant inégalé à l'Europe, et qui progresse encore cette année.

M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille. Défavorable. Le Conseil constitutionnel a estimé qu'il s'agissait d'avantages familiaux différés. Je reconnais tout de même que cette prise en charge intégrale des majorations de pension pour enfant intervient à un moment difficile et qu'elle réduira les marges de manœuvre de la branche famille puisque la contribution de la CNAF aux FSV sera d'un montant équivalent à l'excédent de la CNAF en 2008.

M. Denis Jacquat. C'est une mesure de clarification.

M. le président Pierre Méhaignerie. Et de responsabilité.

La Commission rejette ces amendements.

La Commission adopte ensuite un amendement du rapporteur corrigeant une erreur rédactionnelle.

Puis elle adopte l'article 70 ainsi modifié.

Article 71

Modulation de la prestation de complément de libre choix du mode de garde en cas d'horaires d'accueil atypiques

Cet article prévoit une modulation du montant du complément de libre choix du mode de garde en fonction des « *horaires spécifiques de travail* » des parents afin de rendre moins onéreux le recours à un assistant maternel ou à une garde d'enfants à domicile pour des plages horaires atypiques.

*

La Commission est saisie d'un amendement du rapporteur tendant à préciser que le complément de libre choix est attribué en considération des horaires du père ou de la mère.

M. Hervé Féron, rapporteur. Cet amendement vise notamment à permettre aux familles monoparentales de bénéficier de cette prestation.

M. le président Pierre Méhaignerie. Quelle est son incidence financière ?

M. Hervé Féron, rapporteur. Il ne s'agit que de préciser le texte, le terme de « parents » pouvant faire l'objet d'une interprétation restrictive.

M. Yves Bur. Le terme de « parents » est suffisamment clair.

La Commission rejette l'amendement.

La Commission examine ensuite un amendement du rapporteur tendant à faire préciser par décret les conditions d'attribution de la prestation pour horaires spécifiques.

M. Hervé Féron, rapporteur. Il s'agit de préciser que ce complément de libre choix du mode de garde doit être modulé selon les horaires de travail des parents, les tarifs de garde étant plus élevés le samedi, le dimanche et la nuit.

M. le président Pierre Méhaignerie. Les dispositifs de garde d'enfant pour horaires atypiques peuvent bénéficier du soutien du Fonds social européen et des caisses d'allocations familiales, comme c'est le cas dans une des crèches de ma circonscription qui accueille des enfants sur une grande amplitude horaire.

M. Hervé Féron, rapporteur. Le coût de cet accueil reste cependant plus élevé que celui durant les heures « ouvrables ».

La Commission rejette cet amendement.

La Commission adopte l'article 71 sans modification.

Après l'article 71

La Commission est saisie d'un amendement du rapporteur tendant à substituer au congé paternité un congé d'accueil de l'enfant ouvert au partenaire du parent.

M. Hervé Féron, rapporteur. Cet amendement vise à protéger les couples homosexuels de toute discrimination dans le versement des prestations sociales liées à la naissance d'un enfant, conformément à une préconisation adressée au Premier ministre par la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité (HALDE) en septembre 2007.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Cet amendement a été voté par notre commission il y a deux ans et confirmé par la préconisation de la HALDE. Il n'est pas acceptable que les couples homosexuels soient pénalisés par une mauvaise rédaction de la loi.

La Commission rejette l'amendement.

Article 72

Assouplissement des conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel

Cet article vise à augmenter l'offre de garde en assouplissant les conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel. Il prévoit d'une part de porter de trois à quatre le nombre d'enfants de moins de trois ans que peut garder simultanément un assistant maternel et il autorise d'autre part à titre expérimental,

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

*

La Commission est saisie d'un amendement de M. Roland Muzeau tendant à supprimer l'article.

M. Roland Muzeau. Porter de trois à quatre le nombre d'enfants pouvant être accueillis par une assistante maternelle en faisant fi des exigences de la sécurité est une façon bien curieuse d'augmenter les revenus de cette profession. Les risques engendrés par ces dispositions nous semblent trop importants.

M. le président Pierre Méhaignerie. Cet article donne aux services de la PMI une plus grande souplesse pour tenir compte de la situation des familles.

M. Hervé Féron, rapporteur. Défavorable. Cet article a pour objet d'augmenter, non pas les revenus des assistants maternels, mais l'offre de garde de la petite enfance. Il peut constituer un progrès si l'assouplissement des conditions d'exercice des assistants maternels est encadré, comme je le propose d'ailleurs dans un de mes amendements.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement du rapporteur tendant à supprimer la possibilité de garder simultanément quatre enfants de moins de trois ans.

M. Hervé Féron, rapporteur. Cet amendement reprend une préconisation du rapport Tabarot, confirmée par les associations de professionnels.

M. le président Pierre Méhaignerie. Mme Tabarot recommande simplement que sur les quatre enfants gardés par l'assistant maternel deux des enfants sachent marcher.

La Commission rejette cet amendement.

Elle rejette ensuite un amendement du rapporteur ayant pour objet d'assurer la coordination avec l'amendement précédent.

La Commission adopte un amendement du rapporteur visant à rectifier une erreur matérielle.

Puis elle examine un amendement du rapporteur tendant à limiter à trois le nombre d'assistants maternels pouvant se regrouper.

M. Hervé Féron, rapporteur. Il s'agit d'éviter la création d'établissements d'accueil qui ne diraient pas leur nom.

M. le président Pierre Méhaignerie. Ces regroupements peuvent pourtant être très utiles en milieu rural.

La Commission rejette cet amendement.

Elle est saisie d'un amendement du rapporteur prévoyant la désignation d'un professionnel référent chargé de suivre l'expérimentation de nouvelles conditions d'exercice de la profession d'assistant maternel.

M. Hervé Féron, rapporteur. Il s'agit d'assurer la sécurité et la qualité de l'accueil en prévoyant qu'un professionnel référent, distinct des assistants maternels faisant l'objet du regroupement, puisse superviser ponctuellement l'expérimentation.

M. le président Pierre Méhaignerie. Attention à ne pas rigidifier à l'excès le dispositif.

M. Hervé Féron, rapporteur. Ce sont les professionnels eux-mêmes qui recommandent ces mesures.

M. le président Pierre Méhaignerie. Raison de plus ! Les corporatismes...

Mme Marie-Françoise Clergeau. Nous sommes avant tout soucieux de la sécurité des enfants qui seront accueillis dans un cadre inhabituel.

M. le président Pierre Méhaignerie. Les services de la PMI sont des référents naturels.

La Commission rejette cet amendement.

Elle examine ensuite un amendement du rapporteur ayant pour objet d'instituer un référentiel national des critères d'agrément des assistants maternels.

M. Hervé Féron, rapporteur. Cet amendement vise à expliciter le décret définissant les critères nationaux d'agrément, actuellement si vagues qu'il font l'objet d'interprétations divergentes de la part des services de la PMI.

La Commission rejette cet amendement, puis elle adopte l'article 72 ainsi modifié.

Après l'article 72

La Commission examine un amendement du rapporteur créant une aide au départ en vacances au bénéfice des familles.

M. Hervé Féron, rapporteur. Il s'agit de rendre effectif un droit fondamental, reconnu par la convention internationale des droits de l'enfant et la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

La Commission rejette cet amendement.

Article 73

Objectifs de dépenses de la branche famille pour 2009

Cet article fixe le montant des dépenses de la branche famille pour 2009 à 59,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, soit un taux de progression de 4,3 % par rapport aux dépenses de l'année 2008.

*

La Commission adopte l'article 73 sans modification.

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement

Article 74

Nomination et cessation de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes du régime général

Le présent article propose d'aligner les conditions de nomination et de cessation de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes de l'ensemble des branches du régime général sur celles spécifiques à la branche maladie, introduites par l'article 58 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

1. Les modalités actuelles de nomination et de cessation de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes du régime général

Ces modalités diffèrent selon qu'on considère la branche maladie ou bien les autres branches.

a) Les modalités applicables dans les branches autres que la branche maladie

L'article L. 217-3 du code de la sécurité sociale décrit les conditions dans lesquelles interviennent la nomination et la cessation de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes régionaux et locaux du régime général.

Les agents de direction et les agents comptables des organismes de sécurité sociale sont obligatoirement nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie annuellement par catégorie d'organismes et d'emplois et publiée au *Journal officiel*.

Conditions d'inscription sur la liste d'aptitude aux emplois d'agents de direction et d'agents comptables des organismes de sécurité sociale

Un arrêté en date du 25 septembre 1998 fixe les conditions d'inscription sur la liste d'aptitude aux emplois d'agent de direction des organismes de sécurité sociale du régime général, du régime social des indépendants, aux emplois de cadre supérieur des organismes de sécurité sociale dans les mines et aux emplois d'agent de direction des unions régionales des caisses d'assurance maladie.

Placée auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et présidée par un membre du Conseil d'État ou un magistrat de la Cour des comptes en activité ou honoraire, une commission arrête chaque année la liste d'aptitude. Elle comprend par ailleurs sept représentants des administrations et huit représentants des agents de direction. Son secrétariat est assuré par l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS).

La liste d'aptitude est divisée en huit classes d'emplois regroupant, par filière, tous les emplois d'agent de direction. Elle compte trois sections : la première et la troisième comprennent les emplois de toutes les classes, la deuxième seulement les emplois des trois dernières classes.

La première section est réservée aux personnes ayant la qualité d'ancien élève de l'École nationale supérieure de sécurité sociale (EN3S) ou assimilé et ayant occupé un emploi d'encadrement, de direction ou d'agent comptable dans un organisme de sécurité sociale pendant une durée minimum variant de six à douze ans suivant les classes.

La deuxième section est ouverte, dans la proportion d'un cinquième du nombre total des inscriptions, aux personnes âgées de quarante-trois ans au moins n'ayant pas la qualité d'ancien élève de l'EN3S. Cette proportion peut être portée au tiers, dans des conditions déterminées par arrêté, en vue de pourvoir aux emplois autres que les emplois de directeur de certaines catégories d'organismes.

La troisième section comprend des fonctionnaires de l'État justifiant d'une ancienneté de huit ans dans un emploi de catégorie A, âgés de quarante ans au moins et ayant occupé pendant trois ans au moins des fonctions intéressant la protection sociale, la santé et l'action sociale. Cette proportion peut, en vue de pallier des difficultés persistantes de recrutement, être portée, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, au cinquième du nombre total des inscriptions.

Avant le 1^{er} mai de l'année précédant celle pour laquelle est établie la liste d'aptitude, la personne susceptible de réunir, au 1^{er} janvier suivant, les conditions requises et qui désire être inscrite sur la liste d'aptitude, formule à cet effet une demande. Le candidat dont l'inscription n'a pas été retenue par la commission peut, dans un délai de quinze jours à compter de la publication de la liste d'aptitude au Journal officiel, présenter une réclamation. Après examen de la réclamation, la commission peut procéder à l'inscription du candidat sur la liste.

Pour chaque nomination, le directeur de la caisse nationale concernée propose au conseil d'administration de l'organisme régional ou local une liste de trois noms établie, après avis motivé du comité des carrières (cf. encadré), parmi les candidatures recevables transmises par l'Union des caisses nationales de sécurité sociale.

Comité des carrières des agents de direction

Institué en 1996 par l'article L. 217-5 du code de la sécurité sociale, dont les dispositions sont complétées par les articles R. 123-47-6 à R. 123-47-10 du même code, le comité des carrières des agents de direction est placé auprès de l'UCANSS, qui en assure le secrétariat.

Dans le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur, le comité a pour mission de veiller à l'évolution des carrières des directeurs et des autres agents de direction et notamment à la mobilité des directeurs entre les caisses et entre les différentes branches et organismes de recouvrement du régime général. Il veille également à la régularité du processus de nomination et à sa transparence, à l'occasion notamment des avis qu'il rend sur les candidatures et de son rapport annuel.

Le comité est présidé par un membre de l'inspection générale des affaires sociales désigné pour cinq ans par le chef de cette inspection. Il comprend deux sections respectivement compétentes l'une pour les agents de direction des organismes du régime général, des unions régionales des caisses d'assurance maladie et des organismes du régime social des indépendants, l'autre pour les praticiens-conseils du service du contrôle médical de ces deux régimes.

La section des agents de direction comprend, outre le président, les directeurs généraux de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de la caisse nationale du Régime social des indépendants (RSI), les directeurs de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS), de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), de l'UCANSS et de l'EN3S ainsi qu'un directeur régional des affaires sanitaires et sociales désigné par le directeur de la sécurité sociale et trois anciens agents de direction ou leurs suppléants, ayant exercé des fonctions de directeur ou d'agent comptable dans les caisses au sein d'organismes du régime général ou du RSI et ayant fait valoir leurs droits à la retraite depuis moins de trois ans.

Au vu des éléments contenus dans les dossiers des candidats, la section émet un avis motivé sur l'adéquation des candidatures aux postes de directeur et d'agent comptable ainsi que sur ceux de directeur des unions régionales des caisses d'assurance maladie à pourvoir. Cet avis est transmis par le président du comité à l'autorité chargée de la nomination. Le secrétariat du comité communique aux candidats, sur leur demande et chacun pour ce qui le concerne, les avis motivés.

Le comité élabore un rapport annuel qui présente le bilan quantitatif et qualitatif de son activité. Ce rapport peut contenir des observations et des recommandations relatives à l'évolution des carrières des agents de direction. Le rapport annuel est présenté par le comité aux organisations syndicales représentatives des agents de direction ainsi qu'aux associations d'agents de direction, de directeurs, d'agents comptables et de praticiens-conseils. Le directeur général de la CNAM transmet chaque année au comité des carrières un bilan de sa politique de gestion des directeurs et agents comptables. Ce bilan fait l'objet d'une présentation au cours de la même réunion que le rapport annuel du comité.

Dans un délai de huit jours à compter de la réception des avis du comité des carrières, le directeur adresse une liste de trois candidats au président du conseil d'administration de l'organisme dont le poste est à pourvoir. Pour les caisses régionales d'assurance maladie et les caisses générales de sécurité sociale, le délai est de douze jours, compte tenu de ce que la liste est établie et transmise conjointement par les directeurs des organismes nationaux compétents. Le directeur informe chaque candidat de la présence ou de l'absence de son nom sur la liste.

Les trois candidats sont entendus par le président et le premier vice-président du conseil d'administration. Le conseil d'administration dispose d'un délai d'un mois pour notifier le nom du candidat qu'il propose au directeur de l'organisme national compétent, qui procède en conséquence à ladite nomination. Le secrétariat du comité des carrières des agents de direction communique aux candidats, sur leur demande et chacun pour ce qui le concerne, les avis motivés du comité.

Si le conseil d'administration ne propose aucun des trois candidats figurant sur la liste susmentionnée dans le délai d'un mois, le directeur de la caisse nationale nomme l'un de ces candidats.

Il peut être mis fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables pour un motif tiré de l'intérêt du service par le directeur de la caisse nationale concernée après avis du conseil d'administration de la caisse locale concernée et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. La décision du directeur devient exécutoire à l'expiration d'un délai d'un mois pendant lequel le conseil d'administration de la caisse locale concernée peut s'y opposer par un vote à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

Enfin, en vertu de l'article R. 122-1 du code de la sécurité sociale, la désignation du directeur et de l'agent comptable des organismes de sécurité sociale est soumise à l'agrément du ministre chargé de la sécurité sociale, ainsi qu'en ce qui concerne l'agent comptable du ministre chargé du budget. Par ailleurs, en vertu de l'article L. 217-6 du code de la sécurité sociale, les agents de direction autres que l'agent comptable sont nommés, depuis 2004, par les directeurs des organismes parmi les personnes inscrites sur la liste d'aptitude.

b) Les modalités applicables dans la branche maladie

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie mise en place par la loi de 2004 susmentionnée, non seulement le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) a acquis le titre de directeur général, mais il a bénéficié d'un renforcement significatif de ses pouvoirs, visant à faire de lui le véritable « patron » du réseau, pour reprendre les termes employés par le président Jean-Michel Dubernard dans son rapport (n° 1703) au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi. En témoignent notamment les conditions de nomination et de cessation de

fonctions des agents de direction des organismes locaux et régionaux d'assurance maladie.

L'article L. 217-3-1 du code de la sécurité sociale, complété par l'article R. 217-10 du même code, dispose en effet que s'ils sont également nommés parmi les personnes inscrites sur la liste d'aptitude, c'est le directeur général qui les nomme après avis du comité des carrières. Dans les huit jours suivant réception des avis du comité des carrières, il informe le conseil de l'organisme concerné de la candidature retenue parmi celles ayant reçu un avis favorable du comité des carrières sur l'adéquation au poste à pourvoir. En l'absence d'opposition du conseil, à la majorité des deux tiers de ses membres, dans le délai de onze jours suivant cette transmission, le directeur général procède à la nomination aux fonctions du candidat proposé. Le secrétariat du comité des carrières des agents de direction communique aux candidats, sur leur demande et chacun pour ce qui le concerne, les avis motivés du comité.

De même, le directeur général peut mettre fin aux fonctions des directeurs et agents comptables, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. L'article R. 217-11 du code de la sécurité sociale précise à cet égard que s'il envisage, pour un motif autre que disciplinaire, de prendre une décision de cessation de fonctions d'un directeur ou d'un agent comptable d'un organisme local ou régional de la branche maladie, le directeur général recueille préalablement l'avis du président du conseil d'administration de la caisse intéressée et en informe le directeur régional des affaires sanitaires et sociales compétent ainsi que le président du comité des carrières.

Le directeur général convoque l'intéressé à un entretien par lettre recommandée indiquant l'objet de la convocation en lui précisant qu'il peut se faire assister par une personne de son choix. Cet entretien ne peut avoir lieu moins de dix jours après la notification de cette lettre. Au cours de cet entretien, le directeur général informe l'intéressé de la décision envisagée et recueille ses observations.

Après avoir pris connaissance des avis demandés et au plus tard dans les quinze jours suivant l'entretien, le directeur général notifie sa décision motivée de cessation de fonctions à l'agent concerné, au président du conseil de l'organisme local ou régional ainsi qu'au directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

La décision de cessation de fonctions ne vaut pas licenciement. Jusqu'à son reclassement dans un organisme de sécurité sociale, dans les conditions prévues par la convention collective, l'intéressé est rattaché pour sa gestion, pour une période qui ne saurait excéder six mois, à la CNAM. Durant cette période, il se voit confier par la caisse nationale une mission correspondant à sa qualification et à ses compétences. Il peut effectuer cette mission au sein d'un organisme régional ou local d'assurance maladie. Il bénéficie, durant cette période, du maintien de l'ensemble des éléments de la rémunération qu'il percevait dans ses

fonctions précédentes. Il lui est fait application des dispositions prévues par la convention collective pour sa nomination dans son nouveau poste.

Les principales spécificités des procédures applicables dans la branche maladie sont donc les suivantes :

– la nomination est effectuée par le directeur général, le conseil d'administration ne pouvant s'y opposer qu'à la majorité des deux tiers ;

– la cessation de fonctions intervient après une simple consultation du président du conseil d'administration.

Quel bilan peut-on tirer de la réforme intervenue en 2004 dans la branche maladie ?

En application du dernier alinéa de l'article R. 123-47-9 du code de la sécurité sociale, le directeur général de la CNAM transmet chaque année au comité des carrières un bilan de sa politique de gestion des directeurs et agents comptables. Ce bilan fait l'objet d'une présentation à la réunion au cours de laquelle le comité des carrières présente son rapport annuel aux organisations syndicales représentatives ainsi qu'aux associations professionnelles.

Le rapport 2007 présente d'intéressants développements sur la fonction de cadre dirigeant de l'assurance maladie et une série de tableaux statistiques sur les nominations, mais il ne fournit pas d'éléments qualitatifs permettant d'apprécier les incidences de la réforme de 2004. Le rapport annuel du comité des carrières adopte également une démarche de nature plus statistique que qualitative.

Afin de tenter d'établir ce bilan, le rapporteur se fondera donc sur les informations ci-après, qui lui ont été communiquées par le Gouvernement.

Depuis la publication du décret d'application des dispositions de loi de 2004, sur les 61 directeurs et 72 agents comptables de caisses primaires, unions et centres de traitement informatique (CTI) ont été nommés en application de la nouvelle procédure. À ce jour, seul le conseil d'une union de gestion des établissements des caisses d'assurance maladie (UGECAM) s'est opposé, en juin 2005, à la proposition de nomination du directeur général, « *le candidat proposé n'ayant pu rencontrer la présidente de l'UGECAM avant le vote du conseil. Le directeur général a pris en considération cette décision en proposant un autre candidat.* »

Dans les deux premières années de mise en œuvre de la réforme, un important effort de pédagogie vis-à-vis des présidents de conseil a été développé par la direction de la CNAM. Aucune nomination n'a donné lieu à une action contentieuse. Par ailleurs, il n'a pas encore été recouru à la cessation de fonctions. D'autres procédures ont été cependant utilisées : un directeur a été licencié, deux autres ont été conduits à anticiper leurs droits à la retraite et un directeur a

été invité à postuler à grade égal dans un autre organisme dans le cadre d'une deuxième chance.

Surtout, l'efficacité de la branche maladie a été renforcée grâce à un pilotage plus dynamique des postes. En effet, il est désormais possible pour le directeur général de :

- mieux graduer les déroulements de carrière des cadres dirigeants en prenant en compte un parcours diversifié de gestion réussie d'organismes de plus en plus importants ;

- faciliter les opérations de réorganisation du réseau en nommant un directeur commun à plusieurs organismes infradépartementaux dans la perspective d'une fusion ou en utilisant la nomination par intérim durant la phase de négociation avec les conseils locaux ;

- disposer de leviers importants en termes de gestion des carrières, de mobilité, de développement des compétences et d'évaluation ;

- nommer les directeurs au regard de missions qui leur sont préalablement définies et avec un engagement en termes de perspective de carrière à l'issue de ces missions ;

- sélectionner en conséquence beaucoup plus efficacement le candidat dont le profil correspond au poste considéré.

Au-delà de ces aspects positifs tenant à la gestion du personnel, la réforme a également présenté un intérêt réel en termes économiques et financiers. Même s'il est bien évidemment difficile d'évaluer de manière précise un tel impact, elle a sans nul doute contribué à la diminution du taux d'évolution des dépenses de gestion administrative de près de 2 % entre 2003 et 2007, soit un gain de près de 120 millions d'euros, alors que celles des trois autres branches ont augmenté. Plus généralement, en renforçant le pilotage de l'ensemble des organismes de la branche par la caisse nationale, elle a amélioré la mise en œuvre des objectifs assignés par le Gouvernement en matière de politique de maîtrise des risques.

Son extension aux autres branches paraît donc non seulement souhaitable mais peut aussi pleinement trouver sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale. Tel est précisément l'objet du présent article, qui fait ainsi converger les modalités de nomination et de cessation de fonctions des directeurs et des agents comptables de l'ensemble des organismes du régime général.

2. Les modalités futures de nomination et de cessation de fonctions des directeurs et agents comptables des organismes du régime général

Les procédures en vigueur dans les branches autres que la branche maladie ne permettent pas de mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et compétences des agents de direction. Il est en effet impossible pour les caisses

nationales d'organiser des parcours professionnels, faute de pouvoir prendre des engagements sur les possibilités de mobilités offertes aux cadres dirigeants dans le cadre du renouvellement des postes. Le dispositif est peu adapté au contexte d'évolution structurelle du réseau, en particulier pour les cadres dirigeants appelés à gérer les rapprochements d'organismes. En outre, aux termes du protocole d'accord du 22 juillet 2005 relatif à la classification des emplois et au dispositif de rémunération des personnels de direction, la caisse nationale est chargée de l'évaluation des directeurs. Or, si l'évaluation donne lieu à un constat d'insuffisance, la caisse nationale n'est pas en capacité de mettre fin aux fonctions de l'intéressé.

Le présent article vise donc à transposer à l'ensemble du régime les modalités applicables depuis 2004 dans la branche maladie. Il permettra de donner suite à une observation de la Cour des comptes, qui relève dans son RALFSS 2008 que « *la cohérence entre les différentes procédures de retrait de fonction n'est toujours pas assurée* ». Il met également en œuvre la proposition n° 5 du rapport d'information (n° 2680) de M. Jean-Pierre Door présenté le 16 novembre 2005, en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, sur l'organisation et le coût de gestion des branches de la sécurité sociale.

À cette fin, le **2° du I** modifie l'article L. 217-3 du code de la sécurité sociale sur plusieurs points.

Il prévoit d'abord que les vacances de postes de directeurs seront publiées après concertation entre le président du conseil d'administration de l'organisme et la caisse nationale concernée. Cette procédure de concertation n'est pas transposée de celle applicable dans la branche maladie, qui ne prévoit pas de concertation entre le président du conseil d'une caisse primaire et la CNAM. Il est ainsi tenu compte de la gouvernance de cette branche, qui a recentré le rôle des conseils sur des missions d'orientation, les directeurs disposant alors de l'essentiel des prérogatives de gestion. Dans les trois autres branches, la gouvernance des caisses continue à reposer principalement sur les conseils d'administration, qui détiennent une compétence générale d'administration de l'organisme.

Cette concertation interviendra sur la vacance de poste de directeur entre le président du conseil d'administration de l'organisme local et la caisse nationale en amont du processus de nomination afin que les besoins spécifiques à la caisse – enjeux locaux, difficultés éventuelles à relever, objectifs particuliers (fusion, ...) – soient identifiés communément et partagés. Elle permettra alors de définir ensemble le profil souhaité, en adéquation avec la fonction. De ce fait, elle ne s'applique pas aux agents comptables, dans la mesure où la nature de leurs fonctions ne le justifie pas.

Il est précisé que les conditions de la concertation seront définies par voie réglementaire. Le décret poserait le principe de la concertation entre le président de la caisse locale et la caisse nationale sur la vacance de poste et renverrait à un

arrêté la description du mécanisme de concertation ; cet arrêté pourrait être celui prévu à l'article R. 123-47-10 du code de la sécurité sociale, qui fixe le processus de déclaration et de publication des vacances de postes des agents de direction. Il n'est toutefois pas nécessaire de maintenir cette précision dans la loi, car l'article L. 217-3 prévoit déjà l'intervention d'un décret en Conseil d'État. Au demeurant, le rapporteur se demande si cette procédure de concertation ne relève pas par elle-même du domaine réglementaire.

Surtout, les directeurs des caisses nationales auront désormais un pouvoir de nomination des directeurs et agents comptables, après concertation avec le président du conseil d'administration, avis du comité des carrières des agents de direction et information préalable du conseil d'administration. Ce dernier peut s'opposer à cette nomination à la majorité des deux tiers de ses membres. De même que pour la publication des vacances de postes de directeurs, la concertation avec le président du conseil d'administration constitue une différence avec les modalités prévues pour la branche maladie.

Enfin, les directeurs des caisses nationales pourront mettre fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables, après avoir recueilli l'avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné. De même que pour la publication des vacances de postes de directeurs et la nomination des directeurs ou agents comptables, l'avis du président du conseil d'administration n'est pas prévu dans la branche maladie, en raison des prérogatives de gestion des caisses dévolues aux directeurs.

En revanche, comme dans la branche maladie, la loi précise que cette décision est entourée des garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. Il n'y a pas, à proprement parler, de garanties spécifiques de reclassement en cas de cessations de fonctions. Les directeurs ou agents comptables concernés par une procédure de cessation de fonctions ont néanmoins la garantie de se voir confier pendant une période de six mois une mission par la CNAM, correspondant à leur qualification et leurs compétences, sans perte de rémunération (article R. 217-11 du code de la sécurité sociale).

Cela étant, diverses mesures de la convention collective nationale peuvent être employées pour accompagner une cessation de fonction. Si cette cessation conduit l'intéressé à postuler dans un autre organisme ou à une mobilité géographique, celui-ci bénéficie :

– du maintien de sa rémunération s'il est amené à occuper des fonctions dont la rémunération est inférieure (article 4.2) ;

– des mesures d'accompagnement d'un déménagement, telles que l'indemnité forfaitaire de mobilité, le remboursement des frais liés à la recherche de logement, l'aide de l'organisme pour trouver un logement ou la prise en charge intégrale des frais de déménagement (article 4.3).

Par ailleurs, le **1° du I** et le **II** du présent article modifient respectivement les articles L. 217-3 et L. 217-3-1 du code de la sécurité sociale afin d'étendre aux unions et fédérations d'organismes de sécurité sociale les procédures actuelles (branche maladie) et futures (autres branches) de nomination et de cessation de fonctions des directeurs et agents comptables. Pour la seule branche maladie du régime général, on dénombre 101 unions et fédérations : 13 UGECAM, 14 centres régionaux de formation professionnelle (CRFP), 8 CTI, 13 centres régionaux de traitements informatiques (CERTI) et 42 unions immobilières des organismes de sécurité sociale (UIOSS). Mais cette précision semble inutile au rapporteur, dans la mesure où les unions et fédérations entrent d'ores et déjà dans le champ des articles L. 217-3 et L. 217-3-1 en ce qui concerne la nomination de leurs directeurs et agents comptables.

En conclusion, le rapporteur estime que le présent article apporte une contribution importante à la gouvernance des caisses et, partant, à l'efficacité du système, en termes de maîtrises des dépenses aussi bien que d'économies de gestion, ce que la réforme de 2004 a permis de constater dans la branche maladie.

Cela étant, la situation actuelle, confrontant les logiques différentes de la liste d'aptitude et du comité des carrières, n'est pas satisfaisante : nécessitant une gestion complexe que l'IGAS évalue à 5 équivalents temps plein, la première tend à privilégier l'ancienneté, avec l'inscription quasi automatique des candidats, de telle sorte qu'elle constitue un frein en termes de délais pour l'accès aux fonctions de directeur dans les organismes de taille importante, pour lesquels on constate en outre une pénurie de candidatures ; le second adopte en revanche une approche fondée sur la gestion des ressources humaines, s'attachant à procéder dans un cadre collectif à des évaluations auxquelles des cabinets spécialisés peuvent se joindre.

Dès lors, le rapporteur est conscient de la perception quelque peu désabusée que les agents de direction, dont il a rencontré les représentants dans le cadre de la préparation de son rapport, ont de leur carrière, mais aussi des réserves, voire de l'opposition qu'ils expriment face au dispositif du présent article. De fait, le sentiment qu'ils ont parfois d'une opacité des procédures de nomination pourrait être apaisé s'ils étaient en mesure de participer, en tant qu'observateurs, aux réunions du comité des carrières, étant rappelé qu'ils ne sont actuellement représentés que par des agents ayant fait valoir leurs droits à la retraite depuis moins de trois ans. Mais une telle modification de la composition du comité des carrières relève du règlement, et non de la loi, et il faut rappeler que le comité organise chaque année une réunion au cours de laquelle il présente son activité et sa « jurisprudence » aux représentants des directeurs et agents comptables.

Le rapporteur fait en outre le pari que le présent article, en permettant de dynamiser la gestion des carrières des cadres dirigeants de la sécurité sociale, contribuera à accroître leur motivation, et ce à un moment où toutes les branches sont confrontées à des défis aussi considérables que stimulants.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes de l'équilibre général. Je vous propose trois amendements rédactionnels à cet article.

La Commission adopte les amendements, puis elle adopte l'article 74 ainsi modifié.

Après l'article 74

La Commission est saisie d'un amendement de M. Yves Bur, tendant à aménager la délégation de gestion des prestations en nature aux organismes mutualistes.

M. Yves Bur, rapporteur. Il faut mettre fin progressivement aux délégations de gestion de l'assurance maladie aux organismes mutualistes, car elles sont coûteuses. Dans un souci d'efficacité de la dépense sociale, les tâches de liquidation et de paiement doivent être rapatriées à l'assurance maladie.

M. Jean-Luc Prél. Cela concerne-t-il les mutuelles étudiantes ?

M. Benoist Apparu. Elles y perdraient une grande partie de leur tâche.

M. Yves Bur, rapporteur. L'assurance maladie négociera avec les mutuelles pour définir les missions qu'elle leur laissera. L'informatique permet aujourd'hui de simplifier et d'unifier les tâches de liquidation. Il y va de 400 millions d'euros.

M. Benoist Apparu. Je suis d'accord sur la nécessité de réorganiser les régimes étudiants, mais il faudrait consulter les acteurs intéressés avant d'adopter une réforme d'une telle ampleur.

La Commission rejette cet amendement.

Article 75

Contrôle budgétaire de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) sur les organismes de son réseau

Les articles 88 et 89 de la convention d'objectifs et de gestion (COG) signée entre l'État et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) le 26 septembre 2006 pour la période 2006-2010 prévoient la fixation de crédits limitatifs pour les charges de personnel affecté à la gestion administrative, à la prévention des risques professionnels, au contrôle médical et à l'action sanitaire et sociale, ainsi que les dépenses de fonctionnement et informatique, y compris les contributions aux groupements d'intérêt public (GIP), les prestations extralégales (hors dépenses ayant un caractère évaluatif) et les dépenses effectuées par le fonds social de l'assurance maladie des exploitants agricoles (FAMEXA). Pour la gestion administrative et le contrôle médical, la part des dépenses sous forme de crédits limitatifs est de l'ordre de 90 % et de 85 % pour l'action sanitaire et sociale.

Il revient à la CCMSA, consacrée comme de tête de réseau, de répartir entre les organismes de ce réseau les moyens de fonctionnement sous forme de dotations. De ce point de vue, le présent article doit être rapproché de l'article 102 de la LFSS 2008, qui visait à renforcer les pouvoirs de la caisse centrale dans le cadre de la restructuration du réseau. L'objectif est d'aboutir à un réseau de 35 caisses en 2010 (contre 78 en 2002), sachant qu'au 1^{er} janvier 2008, il subsistait 46 organismes.

À cette fin, le **I** étend aux régimes agricoles (salariés et non-salariés) les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à l'approbation du budget des caisses locales par l'organisme national de rattachement. Jusqu'alors, les budgets des caisses locales étaient approuvés par les préfets de région. Le ministre chargé de l'agriculture conservera le pouvoir d'approuver les budgets des organismes à compétence nationale (CCMSA, comité central d'action sanitaire et sociale, associations et groupements d'intérêt économique).

Le **1^o du II** confie à la CCMSA le soin de veiller, dans le cadre de l'approbation des budgets, à ce que le total des dépenses de fonctionnement des organismes de mutualité sociale soit contenu dans la limite des crédits fixés par la COG. Par référence aux articles L. 153-4 et L. 153-5 du code de la sécurité sociale, elle pourra enjoindre aux caisses locales d'améliorer leur gestion et de réduire leurs déficits éventuels. Elle se verra reconnaître la faculté de se substituer aux organismes défaillants en établissant d'office leur budget ou en inscrivant d'office une dépense à leur budget (nouvel article L. 723-12-2 du code rural).

La CCMSA pourra prescrire aux organismes de mutualité sociale agricole toutes mesures tendant à améliorer leur gestion ou à limiter leurs dépenses budgétaires. Au cas où ces prescriptions ne sont pas suivies, elle pourra mettre en demeure l'organisme de prendre, dans un délai déterminé, toutes mesures de redressement utiles. En cas de carence, elle pourra se substituer à l'organisme et ordonner la mise en application des mesures qu'elle estime nécessaires pour rétablir la situation de cet organisme (nouvel article L. 723-12-3 du code rural).

Par modification de l'article L. 723-38 du code rural, le **2^o du II** confie à la CCMSA, en cas de carence du conseil d'administration ou du directeur d'une caisse de mutualité sociale agricole, d'ordonner, en lieu et place du conseil d'administration ou du directeur, l'exécution d'une dépense ou le recouvrement d'une recette, lorsque la dépense ou la recette a un caractère obligatoire en vertu d'une disposition législative ou réglementaire ou d'une décision de justice.

En cohérence avec l'approbation par la CCMSA des budgets de gestion administrative, le **3^o du II** étend en sa faveur le pouvoir de contrôle des opérations immobilières et de la gestion du patrimoine immobilier des organismes de base reconnu depuis 1967 aux caisses nationales du régime général (nouvel article L. 723-48 du code rural).

Aujourd'hui, c'est en effet l'article L. 723-35 du code rural, par sa rédaction de portée très générale (« *Le conseil d'administration règle par ses*

délibérations les affaires de la caisse »), qui s'applique à la mise en œuvre des opérations immobilières. De même, faute de disposition législative spécifique, le régime d'approbation administrative de ces opérations immobilières s'inscrit-il actuellement dans le cadre très général fixé par l'article L. 152-1 du code de la sécurité sociale, qui précise que les décisions des conseils d'administration sont soumises au contrôle de l'État : c'est le préfet de région qui peut suspendre ces décisions et le ministre qui peut les annuler lorsqu'elles sont contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la caisse.

Le pouvoir de contrôle reconnu à la CCMSA s'étendra également aux opérations immobilières des sociétés civiles immobilières constituées par les caisses, qui recourent, notamment pour des raisons fiscales, à cette faculté ouverte par le III de l'article L. 723-7 du code rural.

La gestion de la mutualité sociale se rapproche ainsi encore un peu plus de celle du régime général, mais elle n'en conserve pas moins sa spécificité. Le pilotage des caisses locales par la caisse centrale reste légitimé par l'intervention des élus aux conseils d'administration de la caisse centrale, eux-mêmes désignés par les conseils d'administration des caisses locales. De même, les conseils d'administration conservent un pouvoir de nomination des directeurs de caisses, déjà supprimé dans la branche maladie du régime général et en voie de l'être par l'article 74 du présent projet de loi pour les autres branches.

Il subsiste également des différences dans le domaine financier, notamment en ce qui concerne les modalités de financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical. En outre, les caisses de MSA fonctionnent suivant le principe de l'émission, selon lequel elles financent la totalité des cotisations dès leur émission, y compris celles non recouvrées.

*

La Commission adopte l'article 75 sans modification.

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 76

Fixation des prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

Le 1° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale «*fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base* ».

Après leurs recettes (article 24) et leurs tableaux d'équilibre (article 27), le présent article fixe donc les charges de ces organismes, à savoir, à compter de 2009, le seul FSV, compte tenu de la suppression du FFIPSA.

Charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

(en milliards d'euros)

	2008	2009	Evolution
FSV	14,4	14,9	+ 2,9 %

Source : PLFSS 2009

Le rapporteur se bornera donc à rappeler que les charges du FSV devraient progresser de 425 millions d'euros, contre seulement 243 millions d'euros dans le « tendancier » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale. L'augmentation des cotisations vieillesse exerce en effet un impact sur les cotisations au titre des périodes de chômage prises en charge par le fonds (+ 5,1 % pour les régimes de base), tandis que doit être également prise en compte la revalorisation du minimum vieillesse de 6,9 %.

*

La Commission adopte l'article 76 sans modification.

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Avant l'article 77

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson, présenté par M. Jean Mallot, tendant à sanctionner les dépassements illégaux d'honoraires.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Nous avons déjà adopté des mesures en ce sens l'an dernier. Attendons de voir leur résultat. J'ajoute que cet amendement n'entre pas dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale, car il n'a pas d'impact financier sur les régimes de base obligatoires.

D'autre part, on ne peut ne pas considérer que les dépassements d'honoraires facturés illégalement peuvent être assimilés à des indus pouvant faire l'objet d'une procédure de récupération par les organismes locaux d'assurance maladie.

M. Jean Mallot. Nous sommes au contraire en plein cœur de la LFSS : cet amendement tend à définir des mécanismes de sanction mettant en jeu l'assurance maladie.

La Commission rejette cet amendement.

Article 77

Révision de la procédure des pénalités financières

Cet article procède à la réforme de la procédure des pénalités financières introduite par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Ces pénalités financières visent à sanctionner les abus, les fraudes, les omissions volontaires permettant de percevoir un montant majoré de prestations et tout autres manquements délibérés aux prescriptions du code de la sécurité sociale commis soit par les bénéficiaires de l'assurance maladie, les professionnels de santé et les établissements de soins. La sanction est prononcée par le directeur de l'organisme local de l'assurance maladie après une procédure contradictoire et l'avis d'une commission constituée par des administrateurs de l'organisme qui apprécie la responsabilité du contrevenant et module la pénalité selon la gravité des faits.

L'objectif recherché était de disposer d'une procédure de sanction administrative qui soit dissuasive en prévoyant une pénalité financière modulable mais qui soit moins lourde que le recours à une procédure pénale ou à une procédure ordinale dans le cas des professionnels de santé.

Trois ans après la mise en œuvre effective de cette procédure (le décret n° 2005-1016 du 23 août 2005 précise la nature des infractions passibles de cette procédure, la procédure contradictoire à respecter et fixe un barème des pénalités selon le préjudice financier subi par l'organisme d'assurance maladie), il apparaît qu'elle a été peu utilisée en raison semble-t-il de la lourdeur du dispositif et du caractère peu dissuasif du montant des pénalités.

Cet article procède donc à une réécriture de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

Le **I** définit les personnes ou organismes susceptibles d'être sanctionnés par une pénalité et élargit le champ d'application des pénalités, en couvrant les cas d'abus et de fraudes qui ne le sont pas aujourd'hui, notamment en matière de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), d'aide médicale de l'État (AME) et d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

Le **1°** liste les assurés bénéficiaires de prestations susceptibles de faire l'objet de sanction. Il s'agit de l'ensemble des assurés couverts par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, mais aussi des bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, des bénéficiaires du crédit d'impôt visant à aider au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 et des personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'État mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

Le **2°** prévoit que les employeurs entrent dans le champ du dispositif

Le 3° énumère les professionnels de santé concernés. Il s'agit de l'ensemble des professionnels et établissement de santé, de toute personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux assurés sociaux.

La rédaction proposée est plus extensive que la formulation actuelle de l'article L. 162-1-14, à l'exception des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui ne figurent pas dans la nouvelle rédaction.

Le 4° vise à pouvoir sanctionner la personne qui est impliquée dans l'organisation d'une fraude en bande organisée même si elle n'a pas la qualité d'assuré social ou de professionnel de santé.

Le II énonce les infractions ou omissions susceptibles d'être sanctionnées :

– toute infraction aux règles du code de la sécurité sociale, du code de la santé publique ou du code de l'action sociale et des familles qui aboutit à un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie ; il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;

– l'absence de déclaration, par les assurés sociaux d'un changement dans leur situation qui peut avoir une incidence sur le service des prestations ;

– les agissements visant à obtenir par toute fausse déclaration, la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-2 pour financer cette assurance complémentaire en matière de santé ;

– les agissements visant à obtenir par toute fausse déclaration, ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'État mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;

– l'absence de réponse ou la réponse fausse, à toute demande de pièce justificative, d'information, ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable des prestations prévues aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17 et L. 315-1 du code de la sécurité sociale ;

– une récidive de la part du médecin après deux périodes de mise sous accord préalable par le contrôle médical en application de l'article L. 162-1-15 ;

– les abus constatés par le contrôle médical dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 (abus en matière de soins ou de prescriptions d'arrêt de travail) ;

– le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation ;

– le non-respect par les employeurs des obligations mentionnées aux articles L. 441-2 et L. 441-5 pour la déclaration des accidents du travail ;

– le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande.

Le **III** définit le barème des pénalités.

Leur montant est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés et peut atteindre au maximum de 50 % du montant de l'indu. Si le préjudice de l'organisme ne peut être évalué, la pénalité est fixée forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'État pour la fixation de la pénalité.

Il est précisé que le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire.

La procédure actuelle est apparue inadaptée car elle fixe un barème préétabli de sanctions par niveau de préjudice financier causé à l'organisme. La nouvelle rédaction proposée permettra de mieux adapter le niveau de la sanction à la gravité des faits et à la capacité contributive de l'auteur de l'infraction.

Le **IV** définit la procédure contradictoire de notification des faits reprochés à la personne mise en cause et les droits de défense de celle-ci.

Après avoir recueilli les observations de la personne mise en cause, le directeur peut décider soit de ne pas poursuivre la procédure, soit de lui adresser simplement un avertissement sauf dans les cas de manœuvres visant à obtenir une protection complémentaire de santé ou l'aide médicale d'État, soit de saisir la commission chargée de l'instruction des dossiers de pénalités financières.

Après l'avis de la commission, le directeur adresse soit une notification motivée de pénalité financière soit décide de ne pas poursuivre.

Si la pénalité n'est pas réglée dans les délais, le directeur adresse une mise en demeure à l'intéressé. Si le règlement n'intervient toujours pas, le directeur peut délivrer une contrainte qui comporte tous les effets d'un jugement et confère le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.

Le directeur ne peut sanctionner les mêmes faits en recourant au dispositif de pénalité et aux procédures conventionnelles dans le cas d'un litige qui l'oppose à un professionnel de santé.

Le **V** fixe les attributions de la commission émanant du conseil d'administration de l'organisme et qui doit instruire les cas d'infractions. Lorsqu'un professionnel de santé ou un établissement de santé est mis en cause, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à la commission qui doit se prononcer sur l'opportunité de notifier une pénalité.

L'avis de la commission est adressé aussi bien à la personne mise en cause qu'au directeur, qui est seul responsable du prononcé de la sanction.

Afin de rationaliser l'organisation de l'instruction des dossiers de fraude, le **VI** prévoit que si plusieurs organismes locaux sont concernés par la même fraude impliquant un professionnel ou établissement de santé, ils peuvent décider de déléguer à un organisme l'instruction du dossier, le prononcé de la sanction et le recouvrement de la pénalité. De même, plusieurs organismes peuvent décider par convention de constituer une seule commission chargée de l'instruction des pénalités. chaque conseil d'administration devant donner son autorisation pour ce regroupement.

Le **VII** prévoit une procédure dérogatoire pour des cas de fraude définis par voie réglementaire qui permet un prononcé accéléré de la sanction et un montant plus élevé de pénalité financière. Dans ce cas le directeur peut prononcer la sanction sans solliciter l'avis de la commission concernée.

Selon l'exposé des motifs, cette procédure dérogatoire s'appliquera aux fraudes caractérisées comme la falsification de documents, la fausse facturation, notamment pour des actes fictifs, la production de faux documents tels que de faux bulletins de salaires ou de faux papiers d'identité, la fraude interne, le trafic de médicaments ou la fraude en bande organisée. Le montant maximum de la pénalité est alors porté à 200 % de la valeur de l'indu et quatre fois le plafond de la sécurité sociale en cas d'application une pénalité forfaitaire.

Il est aussi prévu d'appliquer un minimum de pénalité qui varie selon le profil de la personne responsable de l'infraction, la pénalité étant au minimum à un dixième du plafond mensuel de sécurité sociale s'agissant des assurés, à la moitié du plafond s'agissant des professionnels de santé mentionnés au 3° du I et au montant de ce plafond pour les employeurs mentionnés au 2° du I et les établissements de santé.

Cet article devra faire l'objet d'un décret en Conseil d'État, la parution de ce décret étant la condition de l'entrée en application de ce dispositif qui ne pourra sanctionner que des faits postérieurs à la publication du texte réglementaire.

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson, défendu par M. Jean Mallot, tendant à supprimer l'article.

M. Jean Mallot. Il ne paraît pas utile de renforcer les sanctions prévues par le code de la sécurité sociale. D'où cet amendement.

*Après avis défavorable du rapporteur, la Commission **rejette** cet amendement.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 77 sans modification.*

Après l'article 77

La Commission examine un amendement de Mme Catherine Génisson, présenté par M. Jean Mallot, tendant à renforcer l'obligation d'affichage des informations relatives aux honoraires et à obliger les professionnels de santé à fournir au préalable une information écrite sur le montant et la nature des dépassements, quel que soit le montant des dépassements.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Un arrêté du 2 octobre 2008 a déjà imposé un devis à partir d'un dépassement de 70 euros. Avant d'appliquer ce dispositif dès le premier euro, comme le demande cet amendement, prenons le temps de faire le bilan des mesures déjà en vigueur.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

Elle examine ensuite un amendement de Mme Catherine Génisson, présenté par M. Jean Mallot, tendant à ce que la proportion maximale du dépassement soit fixée par arrêté.

M. Yves Bur, rapporteur. Même avis. Un arrêté a été pris récemment et des négociations conventionnelles entre la sécurité sociale et les syndicats de médecins sont en cours, notamment sur le secteur optionnel.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

Article additionnel après l'article 77

**Annulation du bénéfice d'exonérations sociales
en cas de dissimulation partielle de rémunération**

Elle est ensuite saisie d'un amendement du rapporteur ayant pour objet d'annuler les exonérations de cotisations en cas de dissimulation, même partielle, de rémunération.

*La Commission **adopte** cet amendement.*

Article 78

**Amélioration du recouvrement des indus
et extension de la procédure de contrainte**

Afin d'améliorer l'efficacité de la lutte contre la fraude, cet article, d'une part, étend à tous les organismes de sécurité sociale le droit de recourir à la procédure de la contrainte pour récupérer des prestations indues et, d'autre part, autorise les organismes débiteurs de prestations familiales à récupérer l'indu d'une prestation sur les autres aides versées à l'allocataire même si cette compensation se fait sur une prestation qui est financée sur un autre fonds que le Fonds national des prestations familiales (FNPF), dont l'objet est de financer les prestations familiales.

Le I insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 161-1-5 qui étend à l'ensemble des organismes de sécurité sociale le droit de recourir à la procédure de la contrainte pour recouvrer une prestation indue.

Rappelons que la procédure de la contrainte existe depuis de nombreuses années pour recouvrer les dettes de cotisations sociales et qu'elle est utilisée très fréquemment par les URSSAF qui disposent ainsi d'un mécanisme simplifié de recouvrement. L'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale permet au directeur d'une URSSAF après avoir envoyé au débiteur de cotisations sociales une mise en demeure resté sans effet, d'émettre un titre exécutoire dans des conditions dérogoatoires au droit commun. En effet, la contrainte a les mêmes effets juridiques qu'un jugement et confère le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Il s'agit là d'un mécanisme de recouvrement exorbitant du droit commun : le directeur d'un organisme de droit privé détient ainsi une prérogative de puissance publique.

Le nouvel article L. 161-1-5 reprend la même rédaction pour définir les effets juridiques de la contrainte que celle déjà existante pour la branche du recouvrement.

L'ensemble des organismes de sécurité sociale pourront donc recourir à cette procédure d'exécution pour recouvrer les prestations indues, un texte réglementaire devant préciser les conditions de délais pour procéder à ce recouvrement et les garanties procédurales pour permettre au débiteur de former une opposition à cette contrainte en saisissant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Il convient de rappeler qu'il existe deux autres procédures permettant aux caisses de sécurité sociale de recourir à la procédure de la contrainte. Cette possibilité est offerte tout d'abord pour le recouvrement des pénalités administratives qui visent à sanctionner les infractions commises par les bénéficiaires des prestations familiales, des prestations de l'assurance vieillesse et des prestations de l'assurance maladie pour chercher à obtenir des prestations indues (art. L. 117-17 du code de la sécurité sociale et art. L. 162-1-14 pour les infractions à la législation de l'assurance maladie). Elle est aussi possible pour recouvrer les prestations indues auprès des professionnels de santé ou des

établissements de soins lorsqu'ils n'ont pas respecté les règles de tarification ou de facturation (art. L. 133-4 du code de la sécurité sociale et L. 725-3-1 du code rural).

Cette extension de la procédure de contrainte permettra d'éviter aux organismes de sécurité sociale en cas d'échec de la procédure amiable de recouvrement des indus, de devoir saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale pour obtenir un titre exécutoire et exercer le recouvrement selon les voies de droit commun, ce qui induit des frais de gestion, un allongement des délais de recouvrement et un encombrement des tribunaux.

À titre d'exemple, les caisses d'allocations familiales exercent chaque année, après échec de la procédure de recouvrement amiable, près de 27 000 recours en répétition d'indus ; 3 % des recours seulement sont rejetés par les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

Cette disposition, tout en protégeant les droits des usagers puisqu'ils peuvent exercer un droit d'opposition, permettra aux organismes de sécurité sociale de mieux recouvrer les sommes indûment versées en diminuant leur délai de recouvrement et les frais de gestion qui y sont liés.

La deuxième partie de l'article concerne la branche famille de la sécurité sociale.

La disposition présentée aux 2° et 3° du I, qui fait suite à une recommandation issue de la révision générale des politiques publiques, a pour objectif de faciliter le recouvrement des indus, en permettant aux organismes débiteurs des prestations familiales de recouvrer l'indu d'une allocation sur les autres aides versées à l'allocataire.

Un indu de prestations sociales ne peut actuellement être récupéré par les organismes débiteurs des prestations familiales que sur les prestations du même fonds. Ainsi, les indus de prestations familiales sont recouverts sur les seules prestations familiales (art. L. 553-2 du code de la sécurité sociale), les indus d'allocation de logement sociale sur la seule allocation de logement sociale et les indus d'aide personnalisée au logement sur la seule aide personnalisée au logement (art. L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation).

Cette mesure de simplification permettra de mettre fin à une incohérence du dispositif actuel où des allocations continuent d'être versées alors que des sommes sont réclamées simultanément au même bénéficiaire mais au titre d'autres prestations. La mesure permet ainsi d'accélérer le recouvrement des indus après la détection d'erreur ou de fraude et donc de renforcer l'efficacité de la politique de lutte contre les fraudes avec des sanctions dissuasives. Cette compensation inter-fonds est limitée dans un premier temps au Fonds national des prestations familiales (FNPF) et au fond national d'aide au logement (FNAL) et ne concerne donc que les seuls recouvrements des prestations familiales et des aides personnelles au logement (allocation de logement sociale et aide personnalisée au logement). Elle a vocation à être étendue à terme au revenu de solidarité active.

Le 2° modifie donc le premier alinéa de l'article L. 553-2, qui porte sur la récupération des prestations familiales indues, pour préciser que si l'allocataire ne s'acquitte de l'intégralité de sa dette, la caisse d'allocations familiales peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation.

Le deuxième alinéa de l'article L. 553-2, qui précise que le montant des retenues sur les prochaines prestations est fixé en tenant compte de la composition et des ressources de la famille ainsi que des prestations familiales reçues, est lui aussi modifié pour que les prestations versées au titre de l'aide au logement ou de l'aide personnalisée au logement soient comptabilisées dans les ressources de la famille.

Le dernier alinéa qui prévoit une possibilité de réduction ou d'annulation de la créance de l'organisme en cas de précarité de la situation du débiteur est complété par une mention : « *Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents,* » cette modification ayant pour objet de souligner que la règle de droit commun est bien la récupération des indus, les réductions de créances devant rester exceptionnelles et motivées par la situation sociale très dégradée du débiteur.

Le 3° transpose les règles énoncées au 2° pour les appliquer aux indus relatifs à l'allocation de logement sociale visée à l'article L. 835-3 du code de la sécurité sociale.

Le II modifie l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation pour transposer à l'aide personnalisée au logement les règles de compensation pour récupérer les prestations indues énoncées dans le code de la sécurité sociale pour les prestations familiales d'une part et l'allocation de logement sociale d'autre part. Il précise enfin que le recours à la procédure de contrainte, tel que prévu à l'article à l'article L. 161-1-5 du code de la sécurité sociale est possible pour la récupération d'indus relatifs à l'aide personnalisée au logement.

*

La Commission adopte l'article 78 sans modification.

Article 79

Développement des échanges d'informations entre organismes de sécurité sociale des États de l'Union européenne

Cet article autorise les organismes français de sécurité sociale à échanger avec les organismes de sécurité sociale d'autres États membres de l'Union, sous réserve de réciprocité, des données informatiques dans le cadre de la lutte contre la

fraude. Cette disposition est analogue à celle de l'article L. 114 A du livre des procédures fiscales.

En dehors de l'espace européen, la mesure proposée devrait aussi permettre des échanges avec un certain nombre des quelque quarante pays ou territoires avec lesquels la France est liée par un accord de sécurité sociale dont les dispositions fixent notamment la charge de la couverture maladie en fonction de l'État de résidence des assurés et anciens assurés.

L'objectif recherché par le développement des échanges de fichiers avec des organismes étrangers de sécurité sociale est d'améliorer la lutte contre la fraude aux prélèvements sociaux et aux prestations sociales.

En effet, l'accroissement de la circulation des personnes et des travailleurs au sein de l'Union européenne ainsi que le développement de nouvelles formes d'activité de conseil et de prestations de services amènent un nombre croissant de salariés à travailler sur un territoire mais à relever du régime social d'un autre pays.

L'élargissement de l'Union européenne, qui a accru la disparité du niveau des régimes sociaux et les risques d'avantages concurrentiels indus affectant les règles de fonctionnement du grand marché intérieur, rend indispensable une coopération entre les États membres pour veiller à la bonne application des règles communautaires de coordination de leurs régimes de sécurité sociale.

Le développement des échanges d'information permettra aussi de contrôler plus efficacement si certains ressortissants communautaires n'abusent pas de leur droit de séjour en France.

Rappelons en effet que la loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration a transposé la directive européenne 2004/38 du 29 avril 2004 relative au droit des citoyens de l'Union et des membres de leurs familles de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres. Son article 23 définit « *le droit au séjour* » des ressortissants communautaires (ainsi que celui des ressortissants suisses et de l'Espace économique européen), en précisant que ce droit, pour une durée supérieure à trois mois, est subordonné à diverses conditions alternatives : exercer une activité professionnelle, être en formation, disposer de « *ressources suffisantes* » ainsi que d'une assurance maladie ou être un parent proche de personnes répondant aux conditions précédentes. Jusqu'à présent, les organismes de sécurité sociale français disposent de peu de moyens pour vérifier, par exemple, la réalité de la couverture maladie ou le niveau de ressources d'origine étrangère.

Selon l'exposé des motifs, plusieurs États membres, notamment le Royaume-Uni et les Pays-Bas, souhaitent procéder à des échanges de données afin de lutter efficacement contre la fraude sociale transfrontalière. Leur législation nationale permet ces échanges avec un autre État membre selon les règles et dans les limites fixées par la directive communautaire sur la protection des données à

caractère personnel (directive 95/46 du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données qui a été transposée en droit français par la loi du n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978).

Ces dernières années plusieurs mécanismes ont été introduits dans le code de la sécurité sociale faciliter les croisements de fichiers entre administration fiscale et organismes sociaux et pour élargir le droit de communication dont disposent les organismes de sécurité sociale pour contrôler les conditions d'ouverture des droits, le service des prestations, l'application de la législation sociale par les employeurs pour le recouvrement des cotisations sociales et la lutte contre le travail dissimulé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ainsi introduit les nouveaux articles L. 114-19 à L. 114-21 du code de la sécurité sociale pour permettre aux organismes de sécurité sociale d'obtenir des informations et des documents auprès d'un certain nombre d'organismes privés ou d'entreprises comme notamment les établissements bancaires, les fournisseurs d'énergie et les opérateurs de téléphonie mobile, sans que le secret professionnel ne puisse leur être opposé. Ces dispositifs représentent un réel progrès mais leur champ d'application est limité au territoire national.

L'absence dans notre législation de dispositions étendant hors du cadre national les possibilités d'échange de données aux fins de lutter contre la fraude ; telles que prévues notamment au chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, limite l'efficacité des procédures de contrôle.

C'est pourquoi le dispositif proposé introduit un nouvel article L. 114-22 dans le code de la sécurité sociale pour organiser cette coopération transfrontalière entre les organismes de sécurité sociale et ceux gérant le régime d'assurance chômage. Ces organismes pourront échanger des données à caractère personnel y compris des données relatives aux revenus des personnes, avec les organismes et institutions chargés de la gestion d'un régime équivalent au sein d'un État membre de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou d'un État inscrit sur une liste fixée par voie réglementaire sous réserve qu'il impose à ses organismes et institutions des conditions de protection des données personnelles équivalentes à celles existant en France (la directive précitée impose par exemple qu'une autorité de contrôle reçoive notification de tous les traitements informatisés traitant des données personnelles avant leur mise en œuvre).

Ces relations pourront prendre la forme d'échanges, de comparaison ou de croisement de fichiers aux fins de contrôle et de vérification de l'assiette des cotisations et contributions ainsi que du droit à prestations lié à la résidence, à l'appréciation des ressources, à l'exercice ou non d'une activité professionnelle et à la composition de la famille.

Cet article énonce ensuite les différentes finalités de ces échanges d'information :

– déterminer la législation applicable et prévenir ou sanctionner le cumul indu de prestations en appréciant par exemple si tel ou tel assuré doit être considéré comme affilié au régime de sécurité de son lieu de travail ou de son lieu de résidence quand ils relèvent de deux États différents ;

– déterminer l'éligibilité aux prestations et contrôler le droit au bénéfice de prestations lié à la résidence, à l'appréciation des ressources, à l'exercice ou non d'une activité professionnelle et à la composition de la famille ;

– procéder au recouvrement des cotisations et contributions dues et contrôler leur assiette, la détection de ressources non déclarées dans un autre État pouvant avoir des incidences sur les contributions à payer et sur l'étendue des droits à prestations dans le pays de résidence.

Cette nouvelle disposition sera aussi applicable avec certains États non européens avec qui la France est liée par un accord de sécurité sociale. La possibilité d'échanges d'informations nominatives sera peut être un facteur dynamique qui conduira à actualiser certaines conventions bilatérales de sécurité sociale.

*

La Commission adopte l'article 79 sans modification.

Article 80

Limitation du dispositif de régularisation des arriérés de cotisations pour majorer la durée d'assurance à l'assurance vieillesse

Cet article vise à restreindre la faculté, de racheter des trimestres d'assurance vieillesse pour réunir les conditions de durée d'assurance exigées pour l'ouverture du droit au départ à la retraite, dont les modalités sont fixées à l'article R.351-11 du code de la sécurité sociale.

Ces dernières années cette faculté a été largement utilisée pour remplir les conditions d'un départ en retraite anticipée pour carrière longue. Aux termes de la loi du 21 août 2003, le dispositif de rachat de cotisations peut en effet être utilisé pour réunir le nombre de trimestres d'assurance pour bénéficier du départ anticipé à la retraite : cette durée d'assurance peut non seulement consister en des trimestres cotisés ou des trimestres validés par assimilation au titre de dispositifs de protection sociale (chômage indemnisé, maternité, maladie, congé parental,...) mais également être justifiée par l'apport de trimestres au compte individuel de l'assuré *via* une opération de rachat.

La loi du 21 août 2003 a soumis ces rachats de cotisations au respect de la neutralité actuarielle. Chaque année, un décret fixe donc les valeurs de rachat en fonction des générations de naissance des assurés. Bien qu'onéreuses, les conditions financières de ces rachats se sont révélées particulièrement avantageuses. Pour cette raison, l'article 114 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a accru le coût du rachat des années d'études supérieures et des années d'assurance incomplètes. Cette mesure a été complétée par l'article 84 de la loi n° 2007-1786 de financement de la sécurité sociale pour 2008 qui a étendu aux exploitants agricoles et aux fonctionnaires l'application du barème spécifique prévu par l'article 114 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 pour compléter la durée d'assurance des salariés du régime général bénéficiaire d'une retraite anticipée pour carrière longue par des rachats de cotisations d'assurance vieillesse.

Par ailleurs, la possibilité de rachat de cotisations a été ouverte avec une grande souplesse, notamment quant aux justifications des périodes d'activité professionnelle ; ces rachats se sont révélés très coûteux et, lors de sa séance du 23 janvier 2008, le Conseil d'orientation des retraites (COR) a évalué comme suit les dispositifs en vigueur : des fraudes importantes sont facilitées par la permissivité des systèmes ; les tarifs de rachat sont très hétérogènes d'un régime à un autre ; l'avantage fiscal (déductibilité à 100 % de l'impôt sur le revenu sans plafonnement) est exorbitant et plus avantageux que n'importe quel produit d'épargne retraite.

Face à ces critiques et pour mettre un terme aux abus, une circulaire de la direction de la sécurité sociale DSS/3A n° 2008-17 du 23 janvier 2008 a renforcé les modalités de régularisation des cotisations arriérées concernant les périodes d'activité salariée non cotisées (le plus souvent faute de déclaration ou de versement de l'employeur) et les périodes d'apprentissage antérieures au 1^{er} janvier 1972 (pour lesquelles l'employeur n'était pas tenu de verser une rémunération). La régularisation n'est désormais acceptée que sur présentation de preuves matérielles de la réalité et la durée de l'activité professionnelle (bulletins de salaires, certificat de travail, *etc.*). L'attestation sur l'honneur de l'activité professionnelle n'est plus admise qu'à titre exceptionnel, en l'absence de toute pièce justificative ; en ce cas, l'attestation ne constitue plus une preuve suffisante ; elle ne peut être établie entre l'assuré, l'employeur et un tiers en cas de parenté jusqu'au troisième degré entre ces personnes ; elle doit s'accompagner d'un entretien préalable avec l'agent chargé du contrôle et de la présentation d'un formulaire type signé par deux témoins. L'attestation sur l'honneur ne peut, en outre, permettre de valider que quatre trimestres au plus.

Le présent article limite donc le dispositif de régularisation d'arriérés de cotisations qui permet aux assurés d'effectuer un versement rétroactif de cotisations d'assurance vieillesse au titre de périodes d'activité salariée rémunérée pour lesquelles l'employeur n'a pas satisfait à son obligation des verser des cotisations sociales.

Le dispositif faisant l'objet d'une utilisation croissante depuis 2003 notamment pour remplir les conditions d'un départ en retraite anticipée avant soixante ans, il est apparu nécessaire de renforcer le contrôle des demandes afin de limiter les cas de fraude, s'agissant en particulier du recours aux attestations sur l'honneur (convocation des témoins, preuve qu'ils étaient bien employés dans la même entreprise...).

Le **I** complète l'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale pour énoncer le principe selon lequel lorsque la possibilité d'effectuer un versement de cotisations est ouverte au-delà du délai d'exigibilité mentionné à l'article L. 244-3 et à défaut de production de documents prouvant l'activité rémunérée (bulletin de salaire, certificat de travail, affiliation pour la même période à un régime de retraite complémentaire...), ce versement ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée d'assurance de plus de quatre trimestres.

Le recours aux attestations sur l'honneur est désormais très encadré et devra rester exceptionnel. C'est pourquoi il est paru opportun de limiter la portée de ces attestations.

Le **II** précise que ces nouvelles modalités de régularisation d'arriérés de cotisations sont applicables aux décomptes de cotisations établis par les URSSAF (article L.213-1 du code de la sécurité sociale) et par les service du recouvrement des caisses de mutualité sociale agricole (article L. 723-3 du code rural) à compter du 1^{er} janvier 2009.

*

*La Commission **adopte** l'article 80 sans modification.*

Après l'article 80

La Commission examine un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à ce que les indemnités journalières soient versées en fonction du temps travaillé.

M. Jean-Luc Prével. Je précise que les personnes ne travaillant que quelques heures par semaine ne perçoivent pas d'indemnités en cas d'arrêt de travail pour maladie, alors qu'elles cotisent comme les autres. C'est notamment le cas des personnes handicapées.

M. Yves Bur, rapporteur. Avis défavorable. Cet amendement affecterait les modalités de versement des indemnités journalières pour l'ensemble des salariés. Ne changeons pas les règles pour le bénéfice d'une seule catégorie.

*La Commission **rejette** cet amendement.*

*Elle **adopte** ensuite la quatrième partie du projet de loi ainsi modifiée.*

M. le président Pierre Méhaignerie. Je vous rappelle que le modèle de protection sociale français représente 525 milliards d'euros par an, soit 29,5 % du PIB, contre 26 % en moyenne dans l'Union européenne. Il faut être conscient des conséquences que cela emporte sur les salaires directs et sur l'emploi. Nous avons le devoir de bien gérer l'enveloppe sociale et de faire attention à son évolution.

M. Jean Mallot. J'aimerais savoir qui pourrait plaider, parmi nous, en faveur d'une mauvaise gestion.

M. le président Pierre Méhaignerie. La mauvaise gestion réside dans les détails.

Puis, elle adopte l'ensemble du projet de loi ainsi modifié.

*

* *

En conséquence, et sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi n° 1157.

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

(par ordre chronologique)

- **Fonds de réserve pour les retraites (FRR)** – M. Raoul Briet, président du conseil de surveillance
- **Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES)** – M. Patrice Ract-Madoux, président du conseil d’administration
- **Force ouvrière (FO)** – M. Jean-Marc Bilquez, secrétaire confédéral, Mme Marie-Claude Poggi et M. David Riboh, assistants confédéraux
- **Confédération générale du travail (CGT)** – M. Pierre-Yves Chanu, conseiller confédéral
- **Caisse nationale d’allocations familiales (CNAF)** – M. Jean-Louis Deroussen, président, M. Jacques Lucbéreilh, directeur général-adjoint, et Mme Patricia Chantin, chargée des relations avec le Parlement
- **Fédération française des sociétés d’assurance (FFSA)** – M. Gérard de la Martinière, président, M. Bernard Spitz, président désigné, M. Alain Rouché, directeur santé, et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire
- **Fédération hospitalière privée (FHP)** – M. Jean-Loup Durousset, président, M. Gérard Angotti, vice-président, M. Philippe Burnel, délégué général, et M. Olivier Drevon, membre du bureau
- **Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) / Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM)** – M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général, M. Jean-Marc Aubert, directeur délégué de la gestion et de l’organisation des soins, et Mme Sophie Thuot-Tavernier, chargée des relations avec le Parlement
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)** – M. Michel Chassang, président
- **Régime social des indépendants (RSI)** – M. Gérard Quévillon, président du conseil d’administration, M. Philippe Ulmann, directeur de la politique de santé et de gestion du risque, et Mme Stéphanie Deschaume, adjointe du directeur de la politique de santé et de gestion du risque
- **Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)** – M. Jean-François Veysset, vice-président, et M. Georges Tissié, directeur des affaires sociales

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)** – M. Yves-Jean Dupuis, directeur général, et M. Jérôme Antonini, coordonnateur du pôle santé-social et directeur du secteur sanitaire
- **Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF)** – M. Benoît Parlos, délégué national à la lutte contre la fraude, et Mme Armelle Beunardeau, chargée de mission
- **Syndicat national du personnel de direction des organismes sociaux/CFDT (SNPdos)** – M. Pierre Galerneau, membre du conseil syndical, et M. Frédéric Langlois, responsable de la section des agents de direction
- **Syndicat national du personnel de direction des organismes de sécurité sociale/CFE-CGC** – M. Philippe Simonnot, vice-président
- **Syndicat national des agents de direction et d'encadrement des organismes sociaux (SNADEOS)/CFTC** – M. Hervé François, vice-président
- **Syndicat national Force ouvrière des cadres des organismes sociaux (SNFOCOS)** – M. Pascal Servent, membre du bureau de la section professionnelle des agents de direction
- **Union fédérale des ingénieurs, cadres et techniciens (UFICT) CGT des organismes sociaux** – M. William Lis et M. Jean-Pierre Gaché, secrétaires
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)** – M. Jacques Lenain, directeur
- **Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS)** – M. Pierre Burban, président, M. Pierre Ricordeau, directeur, et M. Alain Gubian, directeur de la direction financière (DIFI) et de la direction des statistiques, des études et de la prévision (DISEP)
- **Union professionnelle artisanale (UPA)** – M. Pierre Martin, président, M. Pierre Burban, secrétaire général, et Mme Caroline Duc, chargée des relations avec le Parlement
- **Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF)** – M. Daniel Lenoir, directeur général, M. Marc Zamichiei, conseiller auprès du directeur général, Mme Isabelle Millet-Caurier, directrice des affaires publiques, et M. Vincent Figureau, responsable du département relations extérieures
- **MG France** – M. Martial Olivier-Koehret, président
- **Fédération hospitalière de France (FHF)** – M. Gérard Vincent, délégué général, M. Yves Gaubert, responsable du pôle budget finances, Mme Virginie Hoareau, adjoint au responsable du pôle organisation sanitaire et sociale, Mme Hélène Boyer, pôle ressources humaines, et M. Jérémie Sécher, directeur de cabinet

- **Les entreprises du médicament (LEEM)** – M. Christian Lajoux, président, M. Bernard Lemoine, vice-président délégué, M. Claude Bougé, directeur général-adjoint, et Mme Aline Bessis, directrice en charge des affaires publiques
- **Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)** – M. Patrick Hermange, directeur, Mme Annie Rosès, directrice de la retraite et du contentieux et M. Vincent Poubelle, directeur de la prospective et de la coordination des études
- **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)** – M. Gérard Pelhate, président du conseil d'administration, M. François Gin, directeur général, M. Michel Brault, agent comptable, et M. Christian Fer, directeur des affaires juridiques
- **Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS)** – M. François Monier, secrétaire général
- **Établissement de gestion du Fonds de financement des prestations des non-salariés agricoles (FFIPSA)** – Mme Sophie Villers, présidente du conseil d'administration, et M. Albert Hayem, directeur-adjoint
- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – M. Philippe Le Clezio, secrétaire confédéral chargé du financement de la protection sociale, et M. Abdou Ali Mohamed, secrétaire confédéral chargé de la politique de santé et de l'assurance maladie
- **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)** – M. Jean-René Buisson, président de la commission protection sociale, Mme Véronique Cazals, directrice de la commission protection sociale, et M. Guillaume Ressot, directeur-adjoint affaires publiques
- **Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC)** – M. André Hoguet, conseiller confédéral, M. Michel Moïse-Mijon, secrétaire confédéral, Mme Élise Guillaume, conseiller technique coordination sécurité sociale, et M. Benoît Tassart, conseiller technique assurance-maladie
- **Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (CMU)** – M. Jean-François Chadelat, directeur
- **M. Olivier Fouquet**, président de section au Conseil d'État, auteur d'un rapport au ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique au nom d'un groupe de travail sur la sécurité juridique des cotisants
- **Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC)** – Mme Danièle Karniewicz, secrétaire nationale chargée du pôle protection sociale, et M. Dominique Jeoffre, délégué national pôle protection sociale
- **Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS)** – M. Philippe Renard, directeur, et Mme Sylvie Mansion, directeur délégué