

N° 2916

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 22 octobre 2010.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2011* (n° 2854)

TOME I

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. YVES BUR,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
TRAVAUX DE LA COMMISSION	17
I.- AUDITIONS	17
A. AUDITION DE M. DIDIER MIGAUD, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES	17
B. AUDITION DES MINISTRES	47
II.- EXAMEN DES ARTICLES	81
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009	81
<i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2009.....	81
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport figurant en annexe A et décrivant les modalités de couverture du déficit constaté de l'exercice 2009.....	95
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2010	98
Section 1 : <i>Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale</i>	98
<i>Article 3</i> : Rectification du montant de la contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire au financement des mesures de préparation et de réponse à une pandémie de grippe A (H1N1).....	98
<i>Article 4</i> : Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2010	103
<i>Article 5</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 : <i>Dispositions relatives aux dépenses</i>	110
<i>Article 7</i> : Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche.....	110

TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2011	113
Section 1 : Reprise de dette	113
<i>Article 9</i> : Reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale	113
Section 2 : Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement	126
<i>Article 10</i> : Renforcement des prélèvements sur les retraites « chapeau »	126
<i>Article 11</i> : Majoration du taux des contributions sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites	135
<i>Après l'article 11</i>	140
<i>Article 12</i> : Annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales	141
<i>Après l'article 12</i>	158
<i>Article additionnel après l'article 12</i> : Bénéfice des exonérations de cotisations sociales pour les aides à domicile	158
<i>Après l'article 12</i>	160
<i>Article 13</i> : Augmentation du forfait social	162
<i>Après l'article 13</i>	168
<i>Article additionnel après l'article 13</i> : Instauration d'une contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises de commercialisation en gros de tabacs	169
<i>Après l'article 13</i>	171
<i>Article additionnel après l'article 13</i> : Assujettissement des indemnités de licenciement aux cotisations sociales	172
<i>Après l'article 13</i>	173
<i>Article 14</i> : Recettes affectées au Fonds de solidarité vieillesse dans le cadre de la réforme des retraites	174
<i>Article 15</i> : Encadrement du montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels de 3% est applicable à la CSG	181
<i>Article 16</i> : Assimilation à des rémunérations et assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes ou avantages reçus de tierces personnes dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle	187
<i>Après l'article 16</i>	192
<i>Article additionnel après l'article 16</i> : Clarification du cadre juridique de l'activité de loueur de chambres d'hôtes	192
<i>Article additionnel après l'article 16</i> : Prolongation de l'expérimentation du dispositif d'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite à des fins d'insertion	193
<i>Article 17</i> : Intégration dans l'assiette des cotisations des non-salariés agricoles des revenus tirés des loyers des biens gardés dans le patrimoine privé et utilisés pour l'activité professionnelle	193
<i>Avant l'article 18</i>	196
<i>Article 18</i> : Augmentation progressive du plafond de ressources de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé	198
<i>Après l'article 18</i>	206

<i>Article 19</i> : Modification du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde (« taux K »).....	207
<i>Article 20</i> : Fiscalité applicable aux médicaments orphelins	212
<i>Article 21</i> : Suppression de la compensation généralisée d'assurance maladie	223
<i>Article 22</i> : Instauration d'une cotisation sur les avantages de retraite servis par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires.....	228
<i>Article 23</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales	236
<i>Après l'article 23</i>	253
Section 3 : Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre	254
<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	254
<i>Article 25</i> : Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base	260
<i>Article 26</i> : Approbation du tableau d'équilibre du régime général.....	262
<i>Article 27</i> : Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base	268
<i>Article 28</i> : Objectif d'amortissement de la dette sociale et affectation de recettes au Fonds de réserve pour les retraites	269
<i>Article 29</i> : Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B).....	271
Section 4 : Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité	276
<i>Article 30</i> : Extension des possibilités de contrôle des URSSAF pour le compte d'organismes tiers volontaires	276
<i>Article additionnel après l'article 30</i> : Simplification des formalités sociales pour les employeurs étrangers.....	281
<i>Après l'article 30</i>	281
<i>Article 31</i> : Aménagement de la déclaration commune des revenus des travailleurs indépendants	281
<i>Article 32</i> : Instauration de nouvelles sanctions en matière de recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés	286
<i>Après l'article 32</i>	291
<i>Article additionnel après l'article 32</i> : Possibilité pour les établissements publics de santé d'émettre des billets de trésorerie	291
<i>Après l'article 32</i>	292
<i>Article 33</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt.....	292

QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2011..	302
Section 6 : Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement.....	302
<i>Article 59</i> : Création d'un fonds de la performance de la sécurité sociale	302
Section 7 : Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude.....	305
<i>Article 60</i> : Renforcement de la sanction des activités rémunérées pendant les arrêts maladie	305
<i>Article additionnel après l'article 60</i> : Publication de l'avis de transmission universelle du patrimoine	310
<i>Article additionnel après l'article 60</i> : Droit de communication aux agents de contrôle assermentés des organismes de sécurité sociale	310
<i>Article additionnel après l'article 60</i> : Déclaration annuelle des revenus des auto-entrepreneurs	311
<i>Après l'article 60</i>	312
<i>Article additionnel après l'article 60</i> : Suspension de la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé.....	312
<i>Article additionnel après l'article 60</i> : Définition du manquement délibéré aux règles de facturation.....	313
<i>Après l'article 60</i>	313
<i>Article additionnel après l'article 60</i> : Sanctions du recours au travail dissimulé.....	314
<i>Article additionnel après l'article 60</i> : Procédure d'opposition à tiers détenteur en cas de travail dissimulé.....	314
<i>Article additionnel après l'article 60</i> : Procédure de flagrance sociale.....	315
<i>Après l'article 60</i>	315
<i>Article additionnel après l'article 60</i> : Définition de la notion de résidence en France pour les anciennes allocations du minimum vieillesse.....	315
ANNEXE : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR..	317

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **6, 8, 34 à 47, 49 à 53** figurent dans le rapport de M. Jean-Pierre Door, sur l'assurance maladie et les accidents du travail (n° 2916, tome II).

Les débats en commission sur les amendements relatifs au secteur médico-social (**après l'article 43**) figurent dans le rapport de Mme Bérengère Poletti (n° 2916, tome III).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **48, 57 et 58** figurent dans le rapport de M. Denis Jacquat, sur l'assurance vieillesse (n° 2916, tome IV).

Les commentaires et les débats en commission sur les articles **54 à 56** figurent dans le rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau, sur la famille (n° 2916, tome V).

Le tableau comparatif et l'annexe consacrée aux amendements examinés en commission figurent dans le fascicule n° 2916, tome VI.

INTRODUCTION

« Il faut savoir ce que l'on veut. Quand on le sait, il faut avoir le courage de le dire ; quand on le dit, il faut avoir le courage de le faire. »

G. Clemenceau

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, quinzième du genre depuis l'entrée en vigueur de la réforme constitutionnelle, n'échappera pas à la règle : chacun s'attachera en effet à lui trouver un qualificatif en forme de slogan. Votre Rapporteur, qui a participé à un titre ou à un autre à la discussion de tous ces textes depuis 1996, en a donc connu des « volontaristes » comme des « réalistes », des « ambitieux » comme des « modestes ».

Il avait qualifié le millésime 2010 de « projet d'attente » : à l'automne dernier, dans l'attente de la réforme des retraites et du traitement de la question de la dette, il fallait en effet résister au mieux à la récession et tenter de créer les conditions optimales pour la sortie de crise qui se fait désormais jour autour de nous.

Pour 2011, c'est donc d'un « PLFSS de convalescence » qu'il s'agit. Les avancées et les apports en sont plus nombreux et significatifs que ceux proposés l'année passée : même si le contexte est difficile, même si beaucoup reste à faire pour remettre nos comptes sociaux sur le droit chemin, nous avons enfin osé faire face aux problèmes de fond, attitude que votre commission des affaires sociales a souhaité à son tour encourager par ses votes.

1. Du sang, de la sueur et des larmes (W. Churchill)

Les perspectives sont certes un peu moins sombres qu'au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2010, ou même de celui pour 2009, lorsqu'il avait fallu intégrer en cours de discussion une forte révision à la baisse des hypothèses de croissance. Les résultats sont donc moins mauvais que ceux prévus tant par la loi de financement de la sécurité sociale 2010, en fin d'année dernière, qu'au stade de la première réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale, au début de l'été.

En outre, le portage de ces déficits par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) s'est déroulé dans des conditions inespérées : les modalités de financement traditionnelles ont bien fonctionné, l'intervention de l'Agence France Trésor, rendue indispensable par le volume du déficit, a été aussi appréciable qu'appréciée, la signature de la « maison France » est demeurée solide et les taux d'intérêt sont restés à des niveaux exceptionnellement bas.

On se réjouirait presque de ces bonnes nouvelles si l'on ne devait pas en même temps perdre de vue deux considérations.

D'une part, en raison du niveau des taux d'intérêt, la dette paraît aujourd'hui quasiment indolore ; dès lors, le risque est celui d'une accoutumance à l'endettement, dont a vu ce qu'elle a pu provoquer chez les ménages américains, puis d'un réveil brutal et coûteux dès que les taux d'intérêt repartiront à la hausse. Au demeurant, nous paierons dès l'année prochaine 5,7 milliards d'euros d'intérêts pour rembourser nos dettes sociales : c'est l'équivalent de 0,5 point de CSG ou de la moitié du déficit de l'assurance maladie qui est ainsi versé à nos créanciers, pour la plupart étrangers, au lieu de contribuer au fonctionnement de notre protection sociale.

D'autre part, le niveau très élevé auquel les déficits se maintiennent en 2010 et, surtout, sont appelés à se maintenir au cours des années, malgré la reprise. C'est la confirmation du phénomène contre lequel certains, notamment la Cour des comptes, mettaient en garde alors que la crise venait tout juste de se déclencher : les déficits « de crise » ne se résorbent pas aisément et tendent ainsi à devenir structurels. L'annexe B au projet de loi, document crucial, qui présente des projections pluriannuelles à un horizon de quatre années (2011-2014), l'illustre parfaitement : encore un déficit annuel de près de 18 milliards d'euros pour le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en fin de période, alors même que l'impact de la réforme des retraites commence à se faire sentir et que les hypothèses retenus sont volontaristes, pour ne pas dire trop optimistes.

Si les déficits sont appelés à durer, c'est également parce que les périodes de croissance soutenue comme notre pays a pu en connaître dans les années 1980 et 1990 appartiennent désormais au passé. Nous ne semblons plus capables, sur plusieurs années, de dépasser un taux de croissance de 1,5 %, qui, faute d'une action résolue, en parallèle, sur la dépense, n'est pas suffisant pour assainir en profondeur nos finances publiques. Il nous faut donc bâtir notre stratégie dans ce domaine en organisant le système pour qu'il trouve son équilibre avec 1,5 % de croissance, quitte à mettre en réserve les surplus éventuellement dégagés par des résultats qui s'avéreraient supérieurs.

Certains économistes voient une corrélation entre l'essoufflement de la croissance et l'accroissement de la dette, les études tendant à démontrer cette corrélation lorsque celle-ci dépasse 90 % du produit intérieur brut. Votre Rapporteur ne trouve pas le raisonnement dépourvu de vraisemblance mais considère qu'au-delà de ce seul problème d'endettement, c'est plus généralement la question de la compétitivité qui est posée. Chacun en convient, à long terme, seul l'emploi peut apporter des recettes durables. Et l'emploi, c'est la croissance. Mais une fois qu'on a dit cela, on n'est guère plus avancé. Or, cette croissance, elle ne s'obtiendra que par une amélioration de notre compétitivité.

Par « compétitivité », ce n'est pas uniquement une question de « charges sociales » qu'il faut entendre : elles sont d'ailleurs relativement plus faibles au niveau du SMIC dans notre pays, grâce à la réduction générale de cotisations sociales dégressive jusqu'à 1,6 SMIC. Mais, plus généralement, à la différence de nos voisins d'outre-Rhin, qui ont le culte du *Standort Deutschland*, le « site

France » souffre depuis de longues années d'une recherche trop peu dynamique, d'un système éducatif perfectible et d'un niveau d'investissement insuffisant.

Faute d'un vrai débat national sur la solidarité, son périmètre et son articulation avec la compétitivité du pays, débat que les Allemands, entre autres, ont engagé et dont ils ont eu le courage de tirer les conséquences, nous ne pourrons pas sortir de l'ornière des déficits. Tout le reste n'est que littérature.

À terme, nul ne peut ignorer que de nouvelles ressources seront nécessaires, soit pour financer les déficits qui se seront à nouveau creusés, faute de mesures suffisamment efficaces, soit pour les affecter d'emblée aux différentes branches, pour peu qu'elles aient été réformées.

Car les vertus du régime des clercs et employés de notaires ne sont pas unanimement partagées : face aux difficultés financières, son conseil d'administration a pris les devants pour majorer les taux de cotisation et même proposer la création d'une cotisation nouvelle sur les avantages de retraite, que l'article 22 du présent projet de loi s'attache à approuver.

Mais pour le moment, plutôt que d'engager les réformes nécessaires, un regrettable projet de loi organique vient reporter de quatre ans la durée de vie de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Le principe de non-allongement de la durée d'amortissement de la dette sociale par affectation de ressources nouvelles, introduit à l'occasion de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, n'aura donc vécu que cinq ans.

Autrement dit, à peine posée, ou presque, la seule petite « règle d'or » de nos finances sociales a été écartée et, comme il n'y a que le premier pas qui coûte, nul doute qu'elle le sera de nouveau dans les années à venir. Et, pour parachever cette fâcheuse décision, le souci de rassurer la CADES quant à la solidité de ses recettes a conduit à « déshabiller Pierre pour habiller Paul », c'est-à-dire à réaliser un *swap*, ou plutôt un tour de « swap-swap » consistant à priver la branche famille de 0,28 point de CSG pour lui affecter en contrepartie – on n'ose dire en compensation – des ressources dont le montant décroîtra de manière très sensible à compter de 2013.

Pour ce qui est des dépenses sociales, des signes encourageants doivent toutefois être relevés. La réforme tant retardée des retraites va enfin permettre de redresser les comptes de la branche vieillesse. Et, en 2010, pour la première fois depuis sa création, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera enfin respecté, alors que l'habitude s'était prise que la marge de dépassement, en-deçà de laquelle le comité d'alerte n'intervient pas, permettait *de facto* d'accroître le montant de l'objectif. Et tout cela, bien entendu, sans qu'on puisse sérieusement affirmer que les soins auraient été rationnés en quelque façon que ce soit.

Il faut évidemment s'en réjouir, mais ce qui compte désormais, c'est d'asseoir dans la durée le respect de l'ONDAM : à cette fin, il sera essentiel, à l'avenir, de pouvoir mesurer qualitativement les effets véritables du parcours de soins. En effet, le programme de qualité et d'efficience « Maladie » se révèle insuffisant à cet égard, ne donnant que des objectifs de nature quantitative (part des assurés disposant d'un médecin traitant, pourcentage des consultations effectuées dans le parcours de soins) qui ne permettent pas de mesurer réellement les incidences du parcours de soins.

À cet égard, pour mettre fin aux différences considérables qui existent actuellement en termes de dépenses de soins d'une région à l'autre, le développement des systèmes d'information et le rôle des agences régionales de santé seront évidemment centraux : elles devront être les pilotes d'un parcours de soins optimisé, dans lequel chaque malade sera pris en charge là où son état l'exige, où chacun sera assuré des soins de qualité requis avec le souci de l'efficience.

2. C'est avoir tort que d'avoir raison trop tôt (M. Yourcenar)

Votre Rapporteur se réjouit que le Gouvernement montre, au travers du présent projet de loi, qu'il a su entendre – même si c'est un peu tardivement – votre commission des affaires sociales. Plusieurs importantes mesures de recettes en témoignent.

Il s'agit d'abord de l'annualisation de la réduction générale de cotisations patronales, conformément au vœu exprimé dès juin 2008 par la mission d'information commune à nos commissions des affaires sociales et des finances. Compte tenu du contexte économique, le Gouvernement a préféré attendre cette année et n'a légitimement pas souhaité radicalement mettre en cause les exonérations de cotisations sociales, mais il n'en a pas moins entamé un mouvement de réduction des allègements généraux : cette première étape mérite donc d'être saluée, d'autant qu'elle met ainsi fin à des comportements d'optimisation et de détournement du dispositif. Une prochaine étape pourrait consister à définir la réduction en termes forfaitaires, afin qu'elle soit progressivement érodée par l'inflation, ou à abaisser le seuil de sortie de 1,6 SMIC à 1,4 SMIC, afin de favoriser également une concentration sur les plus bas salaires.

Ensuite, le taux du forfait social, instauré voici deux ans et appelé de ses vœux par la mission d'information commune, est porté à 6 %. La majoration des contributions sur les *stock-options*, également annoncée dans le cadre de la réforme des retraites, va elle aussi dans le bon sens.

Enfin, votre commission avait adopté l'année passée un dispositif d'assujettissement des rémunérations versées à des salariés par des tierces personnes et que, conformément à l'engagement qu'il avait alors pris en demandant le retrait de cet amendement, le Gouvernement présente cette fois-ci de

sa propre initiative. Dans un esprit voisin, il propose également d'instaurer un prélèvement sur les rentes versées par un régime de retraites « chapeau ».

Le présent projet de loi offre d'autres satisfactions, comme la poursuite de l'effort quant à la progression de l'ONDAM, fixé à 2,9 % pour 2011, après une progression de 3 % en 2010. Cet objectif est indéniablement devenu difficile à respecter, mais il le sera tant que la politique d'assurance maladie portera davantage sur la prise en charge de la dépense que sur la dépense elle-même. De fait, à quoi sert-il de continuer à rembourser certains médicaments à 15 % ? De deux choses l'une, en effet : si leur utilité est avérée, ils doivent davantage être pris, mais si leur service médical rendu est considéré comme faible, il n'y a pas lieu de les rembourser.

En attendant, les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) se voient confier un rôle croissant : le montant des primes « santé » dépasse désormais celui des primes au titre de l'assurance automobile. Mais faute d'un véritable débat public sur la question, cette logique n'est pas convenablement menée à son terme, comme le souhaiteraient d'ailleurs les organismes complémentaires : bénéficiaires à titre subsidiaire mais non moins réel de la maîtrise médicalisée des dépenses, ils devraient pouvoir s'impliquer davantage dans la gestion du risque ; à cet égard, il paraît toujours regrettable qu'ils ne puissent accéder au code CIP (identifiant correspondant à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments pris en charge). Or, faute d'une meilleure implication des organismes complémentaires et au vu de l'augmentation du coût des contrats, le danger est bel et bien que les assurés, notamment les plus jeunes, décident de renoncer à une couverture complémentaire qu'ils jugeront de peu d'intérêt, le gros risque demeurant couvert par l'assurance maladie obligatoire.

Votre Rapporteur relève par ailleurs, à l'article 34, le renforcement des mesures destinées à assurer le respect de l'ONDAM, conformément aux propositions formulées par le groupe de travail présidé par M. Raoul Briet. Cette vigilance semble d'autant plus capitale que dans l'attente des effets de la loi dite « HPST » et malgré une progression relativement modérée de l'ONDAM, le déficit de la branche maladie demeurera très élevé au cours des prochains exercices.

Le présent projet de loi, complété par le projet de loi de finances et par le projet de loi organique relative à la dette sociale, constitue également le volet financier de la réforme des retraites. De ce point de vue, le Gouvernement tient ses engagements : les déficits prévisionnels de la branche vieillesse et du FSV jusqu'en 2018 sont repris par la CADES grâce à la très opportune affectation à son profit des actifs et de la plupart des recettes du Fonds de réserve pour les retraites ; par ailleurs, l'essentiel des ressources nouvelles destinées à financer la réforme des retraites est de nature budgétaire, mais les deux textes financiers font en sorte qu'elles soient correctement redirigées vers les organismes sociaux, et plus particulièrement vers le FSV, à hauteur de plus de 3,5 milliards d'euros par an.

Force est cependant de constater que le schéma gouvernemental, complété par l'affectation à la CNAF des recettes initialement prévues, augmenté des mesures de financement requises par les dispositions favorables aux mères de trois enfants et d'enfants handicapés adoptées lors de la discussion de la réforme des retraites au Sénat et enrichi de l'affectation définitive aux régimes sociaux du « panier fiscal » affecté jusqu'alors à la compensation des allègements généraux, ne contribue pas, c'est le moins qu'on puisse dire, à la clarté des circuits de financement de la protection sociale.

Enfin, ce projet de loi n'est pas exempt de frustrations, d'interrogations ou de lacunes. C'est notamment le cas d'une section bien décevante consacrée à la famille, avant même qu'il n'ait été décidé de la priver de 0,28 point de CSG en échange de recettes bien moins solides : deux mesures d'économies de bouts de chandelle (articles 54 et 55) qui ne paraissent à la hauteur ni de la politique familiale que mérite notre pays, ni de la rationalisation qui pourrait y être apportée.

Surtout, ce projet de loi laisse deux questions majeures en suspens :

– un déficit tenace de la branche maladie, qui ne se réduit que très lentement à l'horizon quadriennal défini par l'annexe B ; le système de régulation est pourtant parvenu à un point de non-retour, la maîtrise médicalisée ayant produit tous ses effets et les acteurs donnant maintes fois le sentiment de n'être gouvernés que par une seule préoccupation en forme d'imploration : « *Encore un instant, monsieur le bourreau !* » ;

– un régime des exploitants agricoles dont la branche vieillesse – la branche maladie étant désormais adossée au régime général – dérive lentement mais sûrement, ajoutant chaque année à l'océan des déficits une goutte d'eau de plus de 1 milliard d'euros.

Certes, à chaque année suffit sa peine, et on ne peut raisonnablement demander au Gouvernement, compte tenu en outre du contexte de crise, de proposer dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale des solutions à tous ces problèmes, mais votre commission des affaires sociales a souhaité apporter des améliorations sur plusieurs points du texte ou bien également le compléter.

3. *Il n'y a point de bonheur sans courage, ni de vertu sans combat* (J.-J. Rousseau)

Les amendements de recettes au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 adoptés par la commission à l'initiative de votre Rapporteur rapportent près de 600 millions d'euros, sommes qui présentent en outre un caractère pérenne.

À elle seule, la nouvelle contribution sur les marchands de mort que sont les entreprises du tabac devrait rapporter environ 80 millions d'euros par an et

compenser ainsi la suppression des articles 20 (relatif aux contributions pesant sur les médicaments dits « orphelins ») et 55 (portant modification de la date d'ouverture du droit à l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant).

Surtout, votre commission des affaires sociales a décidé de mettre fin à l'exonération de cotisations sociales bénéficiant aux indemnités de licenciement. Cette mesure rapporte environ 500 millions d'euros par an, bien que limitée aux 2 % de personnes recevant des indemnités supérieures à trois fois le plafond annuel de la sécurité sociale (soit un peu plus de 100 000 euros). Il faut en effet se souvenir que le montant moyen des indemnités de licenciement n'est que de 13 000 euros.

Dans une démarche comparable, elle a souhaité que ne soit pas introduit un découplage, risquant de provoquer des effets d'aubaine, entre le régime de taxation applicable aux *stock-options* et celui applicable aux attributions gratuites d'actions. De même, elle a réservé le nouveau prélèvement sur les retraites « chapeau » aux rentes (annuelles) supérieures à un dixième du plafond de la sécurité sociale (soit un peu moins de 3 500 euros).

Soucieuse d'une meilleure gestion des ressources de la protection sociale, votre commission a par ailleurs adopté plusieurs mesures permettant d'en améliorer le recouvrement et d'en dynamiser la gestion :

- bénéfice des allègements généraux (réduction « Fillon » et heures supplémentaires) conditionné au fait que l'employeur soit à jour de ses cotisations et contributions ;

- exclusion expresse des établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées et handicapées du bénéfice des exonérations relatives aux activités d'aide à domicile dans le domaine des services à la personne ;

- sécurisation du statut des loueurs de chambres d'hôtes ;

- simplification des formalités déclaratives pour les entreprises étrangères ;

- faculté pour les établissements de santé d'émettre des billets de trésorerie ;

- sanction financière pour les personnes qui exercent une activité non autorisée et rémunérée pendant leur arrêt maladie ;

- élargissant du droit de communication des organismes de sécurité sociale aux informations sur des tiers soupçonnés de bénéficier indûment de prestations versées ;

- obligation, pour tout auto-entrepreneur, de déclarer ses revenus aux organismes de recouvrement, même en l’absence de chiffre d’affaires pour la période concernée ;

- exclusion, en cas de travail dissimulé, du bénéfice de la remise de pénalités ou de majorations dans le cadre d’une procédure collective ;

- extension de la procédure d’opposition à tiers détenteur à l’ensemble des débiteurs des URSSAF ;

- mise en place d’une procédure de flagrance sociale ;

- arrêt de la prise en charge des cotisations de sécurité sociale des professionnels de santé conventionnés par l’assurance maladie lorsqu’ils ne remplissent pas effectivement leurs obligations de contribution à la protection sociale.

Dans le domaine de l’assurance maladie, votre commission des affaires sociales, parfois à l’initiative de votre Rapporteur, a également souhaité que soient mises en œuvre des actions de rationalisation et de santé publique :

- elle a encouragé le développement de la dialyse à domicile, de la prescription dans le répertoire des médicaments génériques et des substituts nicotiques ;

- suite au rapport de la mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS)

sur l’hôpital, elle a également mis l’accent sur la mise en place d’une comptabilité analytique et d’une gestion patrimoniale des établissements publics, sources potentiellement considérables d’optimisation des moyens ;

- elle a plaidé pour la reprise des dispositions des contrats d’amélioration des pratiques individuelles (CAPI) dans les conventions médicales ;

- elle a étendu le mécanisme de maîtrise des dépenses de prescription hospitalières en ville à l’ensemble des établissements de santé ;

- elle a aménagé le régime de responsabilité civile des praticiens.

Enfin, elle a précisé les conditions dans lesquelles s’effectue le maintien du versement des allocations familiales, dans le cas où un mineur est confié au service de l’aide sociale à l’enfance et que la famille participe à la prise en charge morale ou matérielle de l’enfant et a décidé le reversement de l’allocation de rentrée scolaire, originellement perçue par les parents, au service de l’aide sociale à l’enfance qui dépend du conseil général, dans le cas où l’enfant lui est confié.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITIONS

A. AUDITION DE M. DIDIER MIGAUD, PREMIER PRÉSIDENT DE LA COUR DES COMPTES

La commission des affaires sociales a entendu **M. Didier Migaud, premier président de la Cour des comptes**, sur le rapport de certification des comptes du régime général de la sécurité sociale pour 2009 et sur le rapport sur l'application des lois de financement pour la sécurité sociale au cours de sa séance du 6 octobre 2010.

M. le président Pierre Méhaignerie. Nous accueillons aujourd'hui M. Didier Migaud, premier président de la Cour des comptes, pour évoquer deux rapports rendus publics par la Cour : le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, publié en juin, et le rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, publié le mois dernier. Ces deux documents font habituellement l'objet d'auditions distinctes mais cela n'a pas été possible cette année, en raison de l'examen, en commission puis en séance publique, du projet de loi sur les retraites.

Dans toute l'Europe, c'est en France que l'État-providence est le plus développé. Mais les résultats sont-ils à la mesure des dépenses ? Notre commission doit contribuer à répondre à cette question, en s'appuyant sur l'expertise de la Cour des comptes.

Dans son dernier ouvrage, M. Jacques Delors explique que l'essentiel de l'effort de productivité du pays, au cours des quinze dernières années, a été absorbé par la croissance des dépenses sociales – et aussi de celles des collectivités locales. Cela nous oblige à mener une réflexion globale, en tenant compte de ce que font nos voisins européens dans le contexte de la mondialisation. Durant toute l'année 2011, nous serons donc conduits à travailler avec la Cour des comptes.

M. Didier Migaud, premier président de la Cour des comptes. C'est un plaisir de vous présenter les travaux de la Cour des comptes relatifs à la sécurité sociale pour 2010 : le rapport sur la certification des comptes du régime général, qui vous a été remis en juin dernier, comme le prévoit la loi organique du 2 août 2005 ; le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS), qui, comme chaque année, vous a été remis début septembre. J'ai à mes côtés Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes, les deux rapporteurs généraux de ces rapports, MM. Laurent Rabaté et Guy Piolé, ainsi que le rapporteur général adjoint, M. Simon Fetet.

La Cour a certifié, avec des réserves, les comptes de la branche maladie et de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, ceux de l'activité de recouvrement, ainsi que ceux de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Pour la première fois, elle a également accepté de certifier, avec des réserves, les comptes de la branche famille et de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Elle a en revanche refusé, comme l'année précédente, de certifier les comptes de la branche retraite et de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Elle a, en effet, estimé que les efforts de la branche, réels, n'avaient pas encore permis de maîtriser suffisamment les risques. Des anomalies dans les données, salaires et périodes assimilées risquent en particulier de provoquer des erreurs lors de la liquidation des pensions. Par ailleurs, les assurances manquent sur la manière dont sont effectuées les révisions des droits et services.

Les réserves formulées par la Cour pour les autres branches montrent que celles-ci ont encore également des progrès à réaliser, notamment pour mieux assurer le paiement à bon droit, sans indus, des prestations. Mais l'implication très réelle des équipes de direction, dans les caisses nationales comme dans les organismes locaux, a déjà permis de notables progrès, en particulier pour le contrôle interne. La Cour suit chaque année la réalisation des engagements de progrès pris par les caisses nationales.

J'en viens au rapport annuel sur la sécurité sociale, qui porte sur l'ensemble des régimes obligatoires de base, et non plus seulement sur le régime général. Ce rapport comporte trois parties : la situation des comptes, la gestion des régimes et la gestion des risques.

La situation financière de la sécurité sociale doit constituer le fil conducteur de toutes les réflexions sur les réformes à réaliser, afin que soient apportées rapidement des réponses pour réduire les déficits et assurer la soutenabilité de notre système, au profit des générations futures.

Le rapport commence par l'avis de la Cour sur les « tableaux d'équilibre », qui portent décidément de plus en plus mal leur nom. Ils font en effet apparaître, pour 2009, un déficit de 20,3 milliards d'euros pour le régime général, auquel s'ajoutent 1,4 milliard de déficit pour l'ensemble des autres régimes et 3,2 milliards de déficit propre au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), soit près du quart de ses produits. Au total, le déficit cumulé atteint donc 25 milliards d'euros ; pour mémoire, celui de 2008 s'établissait à 11,9 milliards.

Sans entrer dans les détails des différents régimes, équilibrés le plus souvent par des contributions du régime général ou de l'État, il faut rappeler la persistance du déficit de la branche retraite des exploitants agricoles, à hauteur de 1,2 milliard en 2009.

S'agissant du régime général, il convient évidemment de souligner l'effet de ciseaux entre une progression des charges de 4,3 % en 2009 et, en raison de la crise, une quasi-stabilité des produits, qui s'accroissent de 1,1 %.

Toutes les branches du régime général sont déficitaires, mais les deux plus touchées sont les branches maladie et retraite. Le déficit de la branche maladie est de 10,5 milliards : il a plus que doublé en 2009. Les dépenses continuent de progresser rapidement – plus 3,9 % –, alors que les recettes se contractent, notamment la contribution sociale généralisée (CSG), en baisse de 2,6 %. En 2008, avec la mise en place du prélèvement à la source sur les dividendes, l'équivalent de deux années de CSG avait été enregistré sur ces revenus, ce qui a en 2009 une conséquence défavorable d'un milliard d'euros.

Le déficit de la branche retraite a augmenté de près de 30 %, à 7 milliards d'euros, malgré des recettes en légère progression. En effet, les dépenses continuent de progresser rapidement – plus 4,8 % –, en dépit d'un léger recul par rapport à la progression constatée en 2008, en raison des limitations apportées au dispositif relatif aux carrières longues.

Désormais, les deux autres branches – famille, proche de l'équilibre en 2008, et accidents du travail et maladies professionnelles, en léger excédent en 2008 – sont également en déficit, d'environ 350 millions d'euros pour la première et de 1,8 milliard d'euros pour la seconde, qui connaît une dégradation marquée de son résultat.

La dégradation des comptes de la sécurité sociale se poursuit en 2010 : le rapport présenté le 28 septembre dernier à la commission des comptes de la sécurité sociale estime le déficit prévisionnel à près de 25 milliards pour le régime général et à 4,3 milliards pour le FSV. Au total, le déficit annuel de l'ensemble des régimes obligatoires de base est passé d'environ 10 milliards pour les années 2003-2008 à 25 milliards en 2009 et devrait approcher 30 milliards en 2010 – 29,2 milliards exactement. Comme la Cour l'avait souligné en juin, lors de la présentation du rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques, le retour de la croissance ne suffira pas à corriger le déséquilibre entre les recettes et des dépenses, toujours en forte progression.

Les modalités de financement de ces déficits pour 2009 ou 2010 sont décrites en détail dans le rapport, d'autant que le contexte devrait être modifié à partir de 2011. Je n'insiste pas car vous avez déjà beaucoup travaillé sur le projet de loi organique destiné à organiser la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits accumulés pour ces deux exercices, ainsi que des déficits anticipés pour les années ultérieures.

Pour contribuer à résorber les déficits accumulés, Philippe Séguin, mon prédécesseur, avait indiqué l'an passé qu'il faudrait sans doute relever la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). Le Gouvernement préfère affecter d'autres ressources nouvelles : celles liées à la prolongation de la

durée de vie de la CADES ; celles issues de l'effort de réduction des niches fiscales, dont le produit est garanti par un mécanisme de comparaison avec la progression de la CRDS ; les ressources et actifs du Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

Mais, la question principale reste celle du retour à l'équilibre. Transférer ailleurs les déficits et les amortir au moyen de ressources dédiées ne suffit pas à résoudre les problèmes, notamment ceux afférents au déficit structurel. Je rappelle la position constante de la Cour : la sécurité sociale a un impératif d'équilibre. L'objectif prioritaire doit donc être, aussi rapidement que possible, le retour à l'équilibre des comptes, ce qui suppose des efforts considérables.

L'ambition gouvernementale d'un retour à l'équilibre dès 2011 pour les branches maladie, famille et accidents du travail et maladies professionnelles du régime général et 2018 pour les régimes de retraite, implique nécessairement des mesures très fortes pour modérer l'évolution des dépenses. L'ampleur de l'effort à accomplir rendra également indispensable une majoration des recettes, sous une forme ou sous une autre.

Dans son rapport, la Cour suggère des pistes pour un retour progressif à l'équilibre des comptes.

Des économies doivent d'abord être recherchées dans les dépenses de gestion, même si leur montant peut sembler modeste par rapport aux dépenses de prestations.

La qualité des systèmes d'information est essentielle à la performance de ces organismes. La Cour a tout particulièrement examiné le système d'information de la CNAMTS. Il en ressort notamment que l'organisation informatique de la branche maladie n'est pas efficiente, en raison notamment de la grande dispersion des services de maîtrise d'œuvre – 1 750 informaticiens répartis sur plus de cinquante sites – et du maintien coûteux, dans les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), de 1 600 autres informaticiens, aux tâches redondantes, pour l'essentiel, avec les développements effectués au niveau national.

Deuxième piste explorée cette année par la Cour, l'analyse de l'absentéisme dans les caisses locales du régime général montre que le phénomène est insuffisamment suivi et contrôlé et que les actions pour le réduire sont modestes. Une politique de prévention s'impose, en particulier pour l'absentéisme de longue durée, sensiblement plus élevé que dans des secteurs analogues, avec un poids particulièrement important des pathologies dépressives. Un alignement sur les taux d'absentéisme moyens constatés dans le secteur tertiaire représenterait un gain potentiel de plusieurs centaines d'emplois.

La Cour pointe par ailleurs la croissance particulièrement forte de certaines dépenses de soins de ville. Dans l'insertion relative à l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), elle montre que, dans le cadre d'une progression globale de 3 %, certaines dépenses croissent beaucoup plus

fortement. C'est le cas des dépenses de soins infirmiers, en hausse de près de 9 % entre 2008 et 2009, ou de transports sanitaires, en hausse de près de 8 %, augmentations qui confirment l'insuffisance des efforts de maîtrise.

Le rapport analyse également cette année, à partir de travaux communs à la Cour des comptes et aux chambres régionales des comptes, la situation financière de 85 hôpitaux publics. Malgré la réforme comptable et budgétaire intervenue en 2006, avec l'adoption des états prévisionnels de recettes et de dépenses, les travers relevés en 2007 perdurent, quoique dans une moindre mesure. On note encore trop de reports de charges sur les exercices suivants, ou encore des dotations aux provisions pour amortissements parfois utilisées comme variables d'ajustement, en fonction des disponibilités budgétaires. Ces constats comptables conduisent d'ailleurs à retraiter à la hausse d'environ 25 % l'estimation des déficits présentés dans les comptes.

L'importance des déficits affichés par les comptes des hôpitaux depuis au moins trois ans, de l'ordre de 700 millions d'euros, s'explique par les difficultés qu'ils éprouvent à s'adapter à la réforme de leur financement, avec la tarification à l'activité (T2A). Désormais, en effet, l'assurance maladie ne prend plus en charge automatiquement les besoins de financement des hôpitaux. Or, malgré le niveau assez élevé des ONDAM hospitaliers et leurs dépassements récurrents, on constate le maintien à un niveau significatif des déficits dans les comptes hospitaliers, particulièrement ceux des CHU-CHR. Dans un contexte d'investissement élevé, parfois de surinvestissement, il en résulte un endettement croissant, qui sert aussi parfois à rembourser des emprunts précédents et même, dans certains établissements, à faire face à des dépenses courantes.

Autre constat, les résultats globaux cachent des disparités fortes entre des structures excédentaires et des établissements connaissant une situation financière très dégradée. Les outils créés pour redresser ces situations, comme les contrats ou plans de redressement, censés apporter des ressources supplémentaires de l'assurance maladie, demeurent vagues, peu contraignants et, finalement, très souvent inefficaces. Les économies indispensables dans le fonctionnement des hôpitaux exigent des mesures beaucoup plus fermes à tous les niveaux. Les écarts de productivité montrent que des marges de manœuvre importantes existent : certains établissements offrent, par exemple, des conditions de travail particulièrement aménagées, avec des temps de travail réduits au point de nécessiter des recrutements supplémentaires.

En ce qui concerne les recettes, la Cour a procédé à une enquête de suivi des recommandations qu'elle avait formulées en 2007 à propos de ce que l'on n'appelait pas encore à l'époque les « niches sociales ». Elle avait, la première, tenté de lister les exonérations et abattements d'assiette affectant les ressources de la sécurité sociale et d'évaluer la perte qui en résultait. La Cour a recensé 178 dispositifs différents. Depuis lors, plusieurs lois de financement de la sécurité sociale ont comporté des mesures de taxations de certains des revenus exonérés. Il

était important, dans le contexte actuel, de faire le point des progrès réalisés ; la conclusion de notre enquête est qu'ils sont insuffisants.

Depuis 2007, de nombreuses mesures de réduction des niches sociales ont certes été votées en loi de financement, souvent à l'initiative de votre commission, comme l'instauration d'un forfait social, fixé à 2 puis 4 %, sur nombre d'assiettes jusque-là exonérées. De même, les *stock-options* ou certaines indemnités de départ en retraite ont été taxées. Malgré tout, le solde net entre, d'une part, créations ou extensions de nouvelles niches et, d'autre part, réductions ou suppressions de niches existantes, conduit à une perte de ressources accrue d'environ 1 milliard d'euros entre 2007 et 2010. Avec des précautions liées aux difficultés méthodologiques, la comparaison entre 2005 et 2009 des pertes de recettes pour le seul régime général confirme cette légère progression du coût des niches sociales : évaluée en 2005 à 57,6 milliards d'euros, soit environ 22 % des recettes totales, la perte de recettes est estimée pour 2009 à 66,7 milliards d'euros, soit 23 % des recettes de l'année.

Ces chiffres sont supérieurs à ceux figurant dans les précédentes lois de financement, encore partiels – en 2009, il était question de près de 42 milliards d'euros. Mais la raison de la sous-estimation par le Gouvernement nous paraît plus profonde. Ces mesures sont souvent décidées sans véritable étude d'impact et sans que soient définis les indicateurs de résultats, ni même parfois les objectifs précis recherchés. La Cour redemande donc des évaluations approfondies, demande que la démarche d'évaluation engagée depuis fin 2009 soit poursuivie et que les suppressions ou réductions de niches annoncées ou encore à l'étude soient menées à bien.

La compensation par des impôts et taxes affectés ou par le budget de l'État d'une partie importante des pertes de recettes de cotisations constitue un manque à gagner pour les finances publiques dans leur ensemble. La Cour a donc tenu à inclure dans ses calculs les exonérations compensées : les propositions faites par le rapport correspondent ainsi à plus de 15 milliards d'euros d'économies possibles sur les niches sociales. C'est une somme significative, mais qui n'épuise pas le sujet.

La règle, en matière de sécurité sociale, est ou devrait être la généralité du prélèvement sur tous les revenus acquis en contrepartie ou à l'occasion du travail. Priver la sécurité sociale de certaines recettes, au nom de politiques sectorielles qui lui sont étrangères, conduit à fragiliser l'ensemble de l'édifice, tout en créant des iniquités supplémentaires.

La Cour a également examiné les relations financières du régime spécial de sécurité sociale des industries électriques et gazières (IEG) avec le régime général. Ces relations financières sont déséquilibrées au détriment du régime général.

D'abord, les employeurs des IEG, c'est-à-dire principalement EDF, GDF Suez et leurs filiales, versent au régime général des cotisations sociales inférieures à la normale. En application des textes, ces cotisations d'assurance maladie sont assises sur une assiette dérogatoire et un taux trop faible. En l'absence de texte, les employeurs des IEG appliquent cette même assiette dérogatoire aux cotisations famille, de plus affectées par un taux dérogatoire. Ces avantages, injustifiés, représentent pour le régime général une perte annuelle de recettes supérieure à 200 millions d'euros par an. La Cour recommande donc qu'il y soit mis fin à court terme.

Ensuite, l'adossement au régime général du financement des pensions de retraite des IEG occasionne chaque année pour le régime général un surcoût supérieur à 300 millions d'euros et qui pourrait encore augmenter à l'avenir. La loi du 9 août 2004, qui a instauré l'adossement, prévoyait pourtant que celui-ci devait être neutre financièrement pour le régime général. Mais, les transferts financiers destinés à assurer cette neutralité ont été évalués, souvent à dessein, en fonction de définitions et de paramètres défavorables au régime général. La Cour estime que le surcoût subi par le régime général du fait de l'adossement doit être compensé, si nécessaire par l'affectation de ressources supplémentaires des IEG au régime général.

Le rapport annuel contient aussi l'analyse détaillée de différentes politiques sanitaires et sociales, dont l'efficacité ou l'efficience sont examinées. Cette année, les travaux de la Cour montrent qu'il paraît possible, dans nombre de cas, de mieux ajuster les interventions aux objectifs poursuivis, en particulier l'égal accès aux soins et l'égalité de traitement des assurés au regard de la protection sociale.

Un premier exemple est donné avec les dépenses d'imagerie médicale. La Cour démontre que l'accès aux soins reste insuffisant. La densité des équipements est très variable, leur répartition insuffisamment liée aux priorités définies par les plans de santé publique, par exemple pour le cancer ou les accidents vasculaires cérébraux : pour ceux-ci, la possibilité de recourir en urgence à une IRM n'est offerte que dans 2 % des cas, alors que seule une IRM permet d'administrer le traitement en toute sécurité pour le patient.

Ces insuffisances sont aggravées par des taux d'utilisation des équipements très hétérogènes et des coûts élevés pour des examens n'apparaissant pas justifiés. Nous y voyons plusieurs raisons. D'abord, l'absence de révision suffisante des tarifs, fixés à un niveau encore très généreux, occasionne des rentes indues pour les radiologues libéraux en ville et en clinique. Ensuite, l'absence de révision à la baisse des tarifs des examens traditionnels explique sans doute la permanence de nombreux examens inutiles, mais toujours intéressants financièrement pour les praticiens, comme le million de radiographies du crâne encore effectuées chaque année ; ces dépenses devraient être redéployées pour mieux faire profiter nos concitoyens des progrès considérables de l'imagerie médicale.

Deuxième exemple des difficultés d'accès aux soins, les soins dentaires, qui représentent un total d'environ 10 milliards d'euros en 2009. La Cour rappelle qu'ils sont de moins en moins remboursés par l'assurance maladie obligatoire : celle-ci ne prend plus à sa charge que le tiers des dépenses, contre un peu plus de la moitié en 1980. La part des assurances complémentaires s'est accrue – elles remboursent 37 % des dépenses –, les ménages gardant à leur charge plus d'un quart de la dépense, en raison notamment du coût très élevé des prothèses par rapport aux tarifs de remboursement, soit un surcoût, pour eux, de près de 4 milliards d'euros. Le suivi des soins dentaires s'en trouve mal assuré par l'assurance maladie, qui ne s'intéresse guère non plus au contrôle du coût et de la qualité des soins. Les tarifs continuent d'être fondés sur une nomenclature désormais obsolète et le suivi des actes hors nomenclature, notamment des implants – dont le montant, près d'un milliard d'euros, fait l'objet d'estimations très approximatives –, n'est plus assuré, de même que le paiement des cotisations sociales dues par les dentistes sur cette part de leur activité.

En tenant compte de la nécessité de ne pas aggraver les dépenses de l'assurance maladie, la Cour formule des recommandations afin d'éviter que l'accès aux soins dentaires ne devienne un grave problème de santé publique. Des prix plus transparents, en améliorant la concurrence, feraient baisser les tarifs pratiqués – selon une étude ancienne, une prothèse complète coûte en France 2,5 fois plus cher qu'en Allemagne et 3,5 fois plus cher qu'aux Pays-Bas. La Cour souhaite également que les dépassements tarifaires, notamment sur les prothèses, puissent être mieux contenus. À cet effet, il convient de lever les difficultés juridiques soulevées récemment par la Cour de cassation : une modification des dispositions actuelles du code de la mutualité permettrait aux mutuelles de discriminer leur taux de remboursement, selon que les praticiens ont ou n'ont pas accepté des règles conventionnelles.

La Cour s'est attachée à comparer les dispositifs de sécurité sociale s'adressant à des personnes en situation de handicap. Les prestations d'invalidité et de retraite pour inaptitude au travail représentent un ensemble de dépenses de plus de 10 milliards d'euros. Ces réglementations, fort anciennes, ont mal vieilli. Leur comparaison avec les dispositifs prévus en faveur des handicapés, qui ont connu d'importantes réformes incluant un réel effort de revalorisation des prestations, fait apparaître que les invalides ne bénéficient pas des mêmes mesures d'aide et d'accompagnement au retour à l'emploi, ni du même niveau de prestations.

Pour atteindre ce niveau, les invalides doivent demander des prestations différentielles, ce qui les entraîne dans un parcours administratif si incroyablement complexe que leur accès au droit ne peut être garanti. La Cour préconise un rapprochement des politiques en faveur des invalides, des inaptes et des handicapés, consistant notamment à évaluer l'incapacité de travail à partir d'un référentiel commun. Les barèmes actuels, très hétérogènes, posent en effet problème. Pour ne prendre qu'un exemple, comment expliquer que la perte d'un œil entraîne une incapacité de 30 % dans le barème indicatif des accidents de

travail, de 42 % dans celui prévu pour l'attribution de l'allocation adultes handicapés (AAH) et de 65 % dans celui régissant l'octroi des pensions militaires d'invalidité ? La Cour recommande de simplifier ces divers dispositifs. Dans le cadre des débats en cours sur les retraites et la prise en compte de la pénibilité du travail, la possibilité de partir en retraite pour inaptitude pourrait être mieux exploitée pour traiter de la pénibilité des carrières antérieures.

La Cour a également poursuivi son analyse de la réforme des retraites, engagée l'an dernier, en traitant cette année des dispositifs de décotes et de surcotes créés ou modifiés par la loi du 21 juillet 2003. L'objectif, qui était de garantir le libre choix des assurés, a été atteint : les taux fixés pour ces dispositifs sont proches de la neutralité actuarielle. Certes, il ne faut pas attendre de ces mesures d'importants reports de l'âge de départ en retraite, car les effets incitatifs demeurent très modestes. Un certain nombre d'effets d'aubaines pesant inutilement sur la situation financière des régimes de retraites auraient toutefois pu être évités.

La Cour montre également que l'unité des règles applicables aux différentes catégories d'assurés n'est encore qu'apparente, en raison notamment de diverses dispositions favorables aux assurés des régimes spéciaux, particulièrement les fonctionnaires, à commencer par une trop lente mise en œuvre de la décote, alors que la surcote a été d'application immédiate.

Au final, cet aspect de la réforme des retraites reflète certaines limites des actions entreprises jusqu'ici : rythme très élevé de modification des textes applicables, suivi trop distant des réformes initiées, caractère parfois incertain de certaines mesures, comme la simultanéité de la libéralisation du cumul emploi-retraite et l'augmentation du taux de surcote, sans que des études indispensables aient été réalisées au préalable.

Fruit d'une sédimentation historique, d'une défense efficace des particularismes catégoriels ou encore victime des cloisonnements administratifs, le système de protection sociale dépense beaucoup d'énergie pour gérer la complexité. Finalement, les assurés sont les victimes des incohérences qui peuvent en résulter, dans la définition comme dans la gestion de leurs droits.

La lutte contre la fraude en matière de prestations fait l'objet d'une insertion, synthèse actualisée du rapport que j'ai remis en avril dernier, à sa demande, à la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS). Les risques de fraude sont aggravés par la complexité des réglementations, ainsi que par la multiplicité et le cloisonnement des services et institutions. La création en cours du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), que connaît bien M. Morange, me paraît emblématique de cet effort indispensable pour mieux garantir la cohérence des diverses prestations et prévenir les versements indus – qui ne résultent d'ailleurs pas nécessairement d'une intention frauduleuse. S'il serait illusoire de prétendre régler la question des déficits avec cette seule visée, les enjeux potentiels sont significatifs. La CNAF les

a évalués, avec une méthodologie sérieuse, à environ 1 % des prestations distribuées, avec évidemment des variations fortes selon les prestations, les estimations dépassant 3 %, par exemple, pour le revenu de solidarité active (RSA). À défaut de données suffisantes pour les autres branches, en l'état et en extrapolant ce chiffre, l'enjeu potentiel atteindrait 3 milliards d'euros, soit 10 % du déficit total prévu en 2010. Cela justifie que les actions de lutte contre les fraudes soient plus énergiques, dans l'ensemble des branches et surtout des organismes de base.

La Cour s'est penchée sur les aides sociales et fiscales aux familles monoparentales. Elle relève tout d'abord la persistance, malgré les aides diverses, d'une concentration élevée de la pauvreté parmi ces familles, lorsque le parent n'a pas d'emploi. Cela semble logique, une part notable de ces mesures prenant la voie d'aides fiscales, concentrées, par construction, sur les seules familles soumises à l'impôt sur le revenu, qui ne sont pas les plus vulnérables. Ainsi, le quart de la dépense fiscale liée à la demi-part supplémentaire accordée aux parents isolés – 415 millions d'euros en 2009 – est distribué aux 10 % de ses bénéficiaires les plus aisés, dont le revenu fiscal annuel de référence approche 50 000 euros. Cette dépense fiscale pourrait être en partie redéployée vers les familles les plus en difficulté, sous forme d'aides au retour à l'emploi ou d'aides destinées à lever les obstacles pratiques comme la garde des enfants, encore insuffisamment développées.

En auditant, dans ce rapport comme dans les précédents, le champ de la protection sanitaire et sociale, la Cour aborde à la fois des sujets d'actualité et d'autres, moins médiatiques ou presque oubliés, comme, cette année, la protection des invalides ou la sécurité sociale à l'international. Les analyses et les recommandations sont destinées à vous aider, ainsi que le Gouvernement, à faire évoluer un système qui, en dépit des nombreux travaux dont il fait l'objet chaque année, garde toujours des parts d'ombre.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Nous sommes toujours très attentifs aux analyses de la Cour des comptes et nous essayons d'exploiter vos remarques pour améliorer les comptes sociaux et la solidarité.

Depuis trois ans, des dispositions entaillent les niches sociales. La Cour semble recommander l'alignement sur le droit commun. Cette mesure doit-elle s'appliquer à toutes les niches sociales, y compris aux différences de taux de charges sociales et d'assiettes dont bénéficient encore certains secteurs d'activité ? Ne craignez-vous pas qu'une remise à plat générale ait des effets négatifs, par exemple sur l'épargne retraite ou sur la compétitivité de nos entreprises, confrontées à la concurrence mondiale et européenne ? Les Allemands, au cours des dix dernières années, ont justement procédé à un allègement des charges pesant sur les entreprises, avec un résultat visible : leur pays a été frappé plus durement par la crise mais la sortie de crise y est beaucoup plus dynamique qu'en France.

La dette sociale constitue une véritable drogue pour notre système de financement. Pourquoi les branches équilibreraient-elles leurs soldes, alors qu'elles peuvent commodément recycler leurs déficits dans la CADES ? Sera-t-il possible de continuer à amortir cette dette en mobilisant des recettes diverses en lieu et place de la CRDS et de la CSG ? Par ailleurs, l'affectation à la CADES d'une partie des recettes de CSG, qui semble être envisagée, priverait la branche maladie, ou plus vraisemblablement la branche famille, toutes deux en déficit, de recettes pérennes.

Les nouveaux contrats de retour à l'équilibre financier des hôpitaux sont-ils réellement contraignants et permettront-ils d'aboutir à des résultats meilleurs que ceux de la première vague ? La politique immobilière portant sur le patrimoine sanitaire et surtout hospitalier est-elle suffisamment dynamique ? Ce patrimoine est-il suffisamment valorisé ? Comment pourrait-on améliorer la situation en la matière ? Des ressources non négligeables pourraient être mobilisées au profit d'investissements.

Je remercie la Cour d'avoir profité de la disposition législative que nous avons adoptée en 2004, puis reprise en 2005, pour s'intéresser à la gestion hospitalière, avec le concours des chambres régionales.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ces rapports de la Cour sont tout à fait utiles et dressent un constat sans ambiguïté en confirmant les difficultés financières de tous les régimes.

La date du 1^{er} janvier 2013, retenue dans le projet de loi de financement pour 2011 pour la généralisation de la facturation directe dans les hôpitaux, vous paraît-elle réaliste, alors que les systèmes d'information des établissements de santé sont dans un état un peu délicat ?

Où en est le chantier de certification des comptes des établissements de santé ?

En 2009 et 2010, l'ONDAM est respecté, ce qui ne s'était jamais vu depuis 1997. Les leviers de la maîtrise médicalisée ont donc fonctionné. Les propositions de la commission Briet relatives à la construction de l'ONDAM vous semblent-elles apporter une réponse convaincante à vos questions ? Le taux de l'ONDAM, fixé à 2,9 % en 2011 et à 2,8 % en 2012, vous paraît-il réaliste et raisonnable ? Sera-t-il possible de s'y conformer ?

La MECSS, il y a environ quatre ans, avait rendu un rapport relatif à la gestion des caisses d'assurance maladie. Les idées qu'elles contenaient ont avancé un peu trop lentement et ont été appliquées à dose homéopathique. Ne convient-il pas d'aller plus vite et plus loin ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Le projet de loi de financement pour 2011 prévoit le financement d'une partie du minimum

contributif par le FSV, ce qui marque une nouvelle étape dans la distinction avec le volet non contributif et le volet contributif de notre système de retraite. Approuvez-vous cette évolution ? Si oui, ne serait-il pas plus simple de faire financer l'intégralité du minimum contributif par le FSV ?

Estimez-vous que d'autres dispositifs, aujourd'hui financés par les régimes de retraite, devraient être du ressort de la solidarité nationale ?

L'accroissement des charges du FSV suppose-t-il une modification du niveau et de la structure de ressources de celui-ci ?

Mme Martine Pinville, suppléant Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille. La branche famille connaît une profonde dégradation de sa situation financière : son déficit est passé de 300 millions d'euros en 2008 à 1,8 milliard en 2009 et 2,7 milliards en 2010. Selon les prévisions, il devrait atteindre 3,3 milliards en 2011. Cette situation est d'autant plus préoccupante que cette branche était la seule qui était structurellement excédentaire. Même dans l'hypothèse optimiste d'un retour à l'équilibre en 2017, sa situation financière resterait négative, en raison de la dette cumulée. Le Haut conseil de la famille préconise l'affectation de tous les excédents futurs au remboursement des déficits cumulés. Qu'en pensez-vous ? Quelles pourraient être les autres sources d'économies pour la branche ?

La Cour, cette année, a évalué l'accompagnement des familles monoparentales, qui concerne 2,7 millions d'enfants.

Quel bilan peut être tiré de l'accompagnement des bénéficiaires du RSA majoré, ancienne allocation parent isolé (API) ? Avez-vous notamment dressé le bilan de la loi créant le RSA, qui accordait aux allocataires de minima sociaux un accès préférentiel aux établissements de garde d'enfants ?

Que pensez-vous des deux propositions du Haut conseil de la famille, tendant à majorer l'allocation de rentrée scolaire pour les familles monoparentales et à refondre l'allocation de soutien familial (ASF) pour les petites pensions alimentaires, sachant que ce dispositif ne remplit absolument pas ses objectifs ?

Que pensez-vous de la solution apparemment privilégiée par le Gouvernement, qui consisterait à « déshabiller » la branche famille pour financer la CADES ?

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le secteur médicosocial. Que pensez-vous de la possibilité de faire certifier les comptes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) par la Cour des comptes, comme le préconisent plusieurs rapports, dont celui que j'ai dernièrement rédigé avec Laurence Dumont ?

Le Gouvernement s'est engagé dans un processus de distinction entre crédits de paiement et autorisations d'engagement dans le secteur médicosocial, ce

qui va dans le sens de la transparence. Ne vous semblerait-il pas logique, en tant que père de la loi organique relative aux lois de finances, que le Parlement puisse se prononcer sur les autorisations d'engagement, comme il le fait dans le cadre de la loi de finances ?

La Cour des comptes a travaillé à de nombreuses reprises sur la question de la dépendance et de son financement. Quelles conclusions principales tirez-vous de ces travaux, dans la perspective de la réforme annoncée par le Président de la République ?

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis au nom de la commission des finances. Il y a tout juste un an, devant nos deux commissions réunies, la Cour des comptes présentait, en vertu de l'article 47-2 de la Constitution, un rapport consacré à la dette et aux déficits sociaux. Ce rapport pointait une sorte de « risque dans le risque », lié au caractère évolutif des besoins de financement de la sécurité sociale.

La Cour, cette année, préconise encore de limiter le recours à l'emprunt par l'ACOSS au seul financement des besoins infra-annuels de trésorerie. Quel jugement porte-t-elle sur le schéma financier retenu pour le transfert de dette à la CADES, qui interviendrait à partir de 2012 ? Ce schéma vous semble-t-il à même de résoudre durablement le problème de gestion de trésorerie de l'ACOSS, en particulier en tenant compte des déficits à venir de la branche maladie ?

Les dispositions prévues dans le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, en matière de réduction des niches sociales, vous paraissent-elles à l'échelle, de nature à contribuer significativement à la réduction des déficits sociaux ? Faut-il aller plus loin, à moins que nous ne soyons déjà en bout de piste ?

M. le premier président de la Cour des comptes. Monsieur Bur, certaines dépenses fiscales et niches sociales peuvent apparaître utiles et correspondre à des objectifs pertinents. Néanmoins, ces dernières années, elles ont explosé et certaines dépenses budgétaires se sont transformées en dépenses fiscales. Malgré les progrès auxquels vous avez contribué, le solde continue d'être négatif, tant l'imagination, dans ce domaine, est débordante. La Cour ne suggère pas la suppression de toutes les niches mais une approche sélective, au terme d'une meilleure évaluation de leur pertinence et de leur efficacité. Le sujet n'est pas nouveau mais nous sommes obligés de nous répéter, car il est encore insuffisamment traité. Certaines niches peuvent être remises en cause. Tous les revenus liés au travail, par exemple, doivent contribuer au financement de la sécurité sociale ; des taux différents peuvent être appliqués, mais l'exonération est difficilement envisageable car ses conséquences sont lourdes. Aux pages 106 et 107 de notre rapport annuel, nous formulons des propositions, comme l'application d'un taux de 19 % pour l'épargne salariale, prouvant qu'il existe de vraies marges de manœuvre. Cet après-midi, au titre du Conseil des prélèvements obligatoires, nous remettrons un travail qui nous avait été demandé par la

commission des finances à propos de toutes les dépenses fiscales et niches sociales applicables aux entreprises. Les préconisations de la Cour sont une carte à la disposition du Gouvernement et du Parlement. Il ne s'agit pas de toutes les appliquer, car cela aurait des effets importants sur certaines entreprises et certains ménages, mais de sélectionner celles jugées les plus pertinentes.

Si nous proposons souvent la CRDS comme possible source de recettes nouvelles, c'est parce qu'il s'agit du prélèvement qui possède l'assiette la plus large. C'est donc la meilleure formule pour apurer la dette, en appliquant des taux d'autant plus réduits.

Le patrimoine immobilier de certains hôpitaux est considérable, mais la valeur globale du patrimoine de tous les établissements n'est pas connue. Les chambres régionales des comptes examinent périodiquement leur usage dans le cadre du contrôle de la gestion hospitalière. Ce point n'apparaît pas comme une zone de risque particulière, même si des surinvestissements ont pu être constatés ici ou là.

Monsieur Door, la Cour, à ce jour, ne s'est pas saisie de la question très technique de la généralisation de la facturation directe dans les hôpitaux. L'enjeu est important, car il s'agit du partage de l'information entre l'État et l'assurance maladie, et par conséquent de contrôle et de maîtrise du risque hospitalier, les hésitations des pouvoirs publics en témoignent. Alors que les parlementaires ont retenu la facturation individuelle comme un objectif connexe à la T2A, la loi de financement de la sécurité sociale a reporté l'échéance à 2009, puis à 2011 et le projet a pratiquement été stoppé. Après un rapport très critique de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales, publié en décembre 2008, la mise en place d'une équipe projet par le ministère de la santé, au printemps 2010, a permis de le relancer, sur des bases moins ambitieuses, mais plus consensuelles. Le calendrier prévoit la fin des expérimentations en décembre 2012, pour une généralisation éventuelle début 2013. La Cour n'est pas encore en mesure d'apprécier la faisabilité de ce calendrier, mais il nous paraît beaucoup moins irréaliste que les échéances fixées précédemment.

C'est vous qui avez souhaité, à travers la loi dite « HPST », que les comptes des établissements de santé soient certifiés. Les conditions dans lesquelles la Cour entend contribuer à cet exercice de certification ont été introduites par un amendement au projet de loi portant réforme des juridictions financières, en attente d'examen à l'Assemblée nationale : la Cour et, par délégation, les chambres régionales des comptes se verraient accorder un droit exclusif à certifier les comptes de six ou sept grands CHR ou CHU, ceux dont les recettes d'exploitation du compte principal excèdent 700 millions d'euros. Elles effectueraient la synthèse des rapports de certification des comptes des autres établissements publics de santé. Sur cette base, la Cour émettrait un avis relatif à la qualité des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé soumis à l'obligation de certification, et cet avis serait publié dans son rapport. Tout cela avance, mais nous avons besoin d'un nouvel effort législatif. Si vous pouviez

contribuer à faire inscrire ce texte à l'ordre du jour, monsieur le président, nous en serions très heureux, car nous pourrions alors répondre plus efficacement à vos demandes.

M. Laurent Rabaté, rapporteur général du rapport sur la sécurité sociale. Les conclusions du rapport Briet sont évidemment les bienvenues. La Cour, qui a travaillé parallèlement sur la question de l'ONDAM, arrive à des recommandations assez voisines, même si elle insiste davantage sur les aspects comptables, tandis que le rapport Briet était surtout consacré à la procédure. Le taux de l'ONDAM inscrit dans le projet de loi de programmation des finances publiques est volontariste, puisqu'il est inférieur au taux de progression du PIB, mais il nous paraît atteignable compte tenu des marges de manœuvre existantes. Certaines enveloppes, notamment celles des soins infirmiers et des transports sanitaires, continuent de progresser à un rythme très rapide, ce qui montre qu'il est possible d'accomplir un effort de maîtrise réel.

Mme Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes. Ces dernières années, l'ONDAM a été tenu et les petits dérapages observés n'ont pas nécessité le déclenchement de la procédure d'alerte. Le rapport Briet recommande de ramener progressivement le seuil d'alerte de 0,75 à 0,50 % de l'ONDAM. Les mesures d'économie devant contribuer au respect de l'ONDAM consistent soit en des réductions de tarifs, soit en des mesures de maîtrise médicalisée. On le sait, les premières peuvent être exécutées sans difficulté, tandis que les secondes, qui nécessitent d'agir sur les comportements, sont plus délicates à mettre en œuvre, ce qui explique les dérapages de l'ONDAM. Quoi qu'il en soit, ces dernières années, nous avons réussi à limiter la progression de l'ONDAM autour de 3 %.

M. le premier président de la Cour des comptes. La Cour partage les observations de la MECSS sur les nécessaires progrès de gestion à accomplir. Ceux-ci se poursuivent cependant, notamment pour la productivité de la branche maladie. Année après année, nous continuons à les surveiller et à aiguillonner les organismes, en attirant si nécessaire l'attention de la représentation nationale.

Monsieur Jacquat, la nouvelle étape que vous évoquez en matière de distinction entre contributif et non contributif fait référence, plutôt qu'au rapport de la Cour sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, notamment à son article 56. Il ne m'appartient pas de formuler d'appréciations sur un texte qui sera bientôt discuté par le Parlement.

Le FSV a pour mission de financer la partie des avantages non contributifs ne devrait pas reposer sur la solidarité professionnelle, autrement dit celle qui est liée aux avantages familiaux et au chômage. Cela dit, bien des avantages non contributifs restent financés par la solidarité professionnelle, le plus souvent de manière implicite. Nous l'avons montré dans le passé, en présentant les règles relatives à la durée d'assurance. Pour ne citer qu'elle, la règle dite des « 200 SMIC

horaire », qui permet de constituer un trimestre de retraite même avec une faible activité, est favorable au temps partiel. Le minimum contributif est un autre élément fort de cette solidarité implicite. Son coût avait été évalué dans le rapport sur la sécurité sociale de 2008 à 4,7 milliards d'euros pour le régime général et la Mutualité sociale agricole. Sans actualiser ce chiffrage, le projet de loi de financement fixe un montant forfaitaire correspondant aux recettes supplémentaires apportées par le dispositif nouveau. En réalité, plus que de la décision de principe, ce dispositif relève quelque peu du « système D ». La majoration des charges et produits du FSV, pour environ 3,5 milliards d'euros, confirme cette analyse. Il n'est pas remédié au caractère structurel du déficit du FSV, qui atteindra plus de dix milliards d'euros pour les trois prochaines années. Qu'il doive être repris par la CADES n'empêche pas la Cour de s'en préoccuper. Nous devons aussi vérifier ultérieurement la réalité de l'accroissement des produits.

Madame Pinville, la branche famille a été longtemps équilibrée, voire excédentaire. La dégradation qu'elle connaît ces dernières années n'est pas comparable à celles qu'ont connues les branches maladie et retraite. La Cour évalue le déficit à 1,83 milliard d'euros pour 2009, 2,6 milliards pour 2010 et 3,2 milliards – en tendance – pour 2011. Selon le Haut Conseil de la famille, l'évolution tendancielle de la branche conduirait à un équilibre en 2017, les recettes évoluant plus rapidement que les prestations. Après cette date, l'affectation des excédents aux déficits cumulés antérieurement permettrait d'assurer en 2024 un équilibre global du régime sur la période 2008-2024, l'excédent annuel à partir de 2024 étant de 6,7 milliards d'euros.

Plusieurs pistes théoriques sont envisageables pour assurer un meilleur équilibre de la branche. La non revalorisation des prestations générerait 500 millions d'euros d'économies par an. Eu égard aux difficultés qu'elle poserait en termes de justice sociale, nous ne la recommandons pas.

L'une des causes essentielles de cette dégradation est le nombre croissant des transferts de la CNAF vers le FSV, afin de compenser les avantages de retraite non contributifs accordés aux parents. Nous ne recommandons pas non plus une évolution qui dégraderait encore la situation de la branche vieillesse.

Dans le rapport sur la sécurité sociale de 2007, la Cour avait proposé comme nouvelles recettes possibles l'assujettissement des prestations familiales à l'impôt sur le revenu, assorti d'un transfert des sommes perçues de l'État vers la branche famille. Pour une assiette de 40,7 milliards d'euros, le produit de cette mesure peut être estimé, en première approche, à 2,8 milliards d'euros, soit l'équivalent du déficit actuel de la branche. La fiscalisation de la majoration de pension pour les assurés ayant eu trois enfants ou plus pourrait apporter un gain supplémentaire de 500 millions d'euros. Enfin, la Cour proposait de réexaminer les demies parts fiscales dérogatoires attribuées dans le cadre du mécanisme du quotient familial. Nous considérons que certaines de ces prestations – notamment le complément pour libre choix du mode de garde, inclus dans la prestation

d'accueil du jeune enfant – doivent être davantage mises sous condition de ressources. Certaines prestations facultatives d'action sociale pourraient aussi être recentrées sur les aides essentielles. Ces opérations de fiscalisation et de mise sous condition de ressources permettraient de dégager les sommes nécessaires pour mettre fin au déficit de la branche famille.

Lors de la création du RSA, il a été prévu d'adjoindre à son volet financier un accompagnement de ses bénéficiaires. Le dispositif, complexe, repose en premier lieu sur une nouvelle allocation, l'allocation personnalisée de retour à l'emploi. Cette aide est attribuée au cas par cas pour répondre à des besoins précisément identifiés et lever les obstacles à la reprise d'emploi. Elle peut ainsi prendre en charge une partie des coûts qui lui sont associés : mobilité, garde d'enfant, examen du permis de conduire par exemple. En particulier, elle peut être proposée aux membres d'un foyer dont les ressources sont inférieures au montant forfaitaire du RSA et qui perçoivent des revenus d'activité inférieurs à 500 euros par mois ; en contrepartie des prestations reçues, ces personnes sont tenues de rechercher un emploi ou d'entreprendre des démarches et actions favorisant une meilleure insertion professionnelle.

Les conseils généraux devaient conclure une convention d'orientation et d'accompagnement définissant les modalités de prises en charge des bénéficiaires du RSA, ainsi qu'un pacte territorial d'insertion réunissant l'ensemble des acteurs dont la coopération est indispensable pour la mise en œuvre des programmes départementaux d'insertion. En mars 2010 – lors de l'achèvement des investigations de la Cour sur les familles monoparentales –, dans un grand nombre de départements, les conventions d'orientation et d'accompagnement étaient toujours en cours d'élaboration. Autrement dit, leur élaboration est en retard. De ce fait, nous n'avons pas été en mesure d'évaluer les dispositifs d'accompagnement développés dans le cadre du RSA. Nous le regrettons : leur déploiement mériterait d'être étudié avec attention. Nous regrettons aussi que le dispositif prévu par la loi du 23 mars 2006, qui instaure pour les bénéficiaires du RSA une priorité d'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants, même s'il a été repris dans la convention d'objectif et de moyens de la CNAF, n'ait pas fait l'objet d'un suivi. La Cour est prête à y travailler, pour peu qu'elle dispose des éléments nécessaires.

La Cour a également recommandé d'engager une réforme de l'allocation de soutien familial (ASF), afin notamment de mieux définir la notion de « hors d'état » et d'expérimenter une ASF différentielle pour les petites pensions. La majoration du plafond de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) irait selon nous dans le bon sens : elle contribuerait à cibler les aides sur les familles qui en ont le plus besoin, notamment les familles monoparentales. La Cour n'a cependant pas recommandé formellement cette mesure. Nous demandons, en effet, un effort parallèle de mise en ordre des divers dispositifs de majoration des plafonds de ressources déjà prévus pour d'autres prestations. Le nombre de familles monoparentales bénéficiant d'un plafond majoré n'est pas connu. Les majorations varient de 20 à

30 % selon les prestations et les configurations familiales. Cette complexité réclame donc un examen attentif.

Madame Poletti, c'est le directeur de la CNSA qui a exprimé le souhait que les comptes de cette caisse puissent être certifiés par la Cour des comptes. Cette dernière ne devant pas faire concurrence aux commissaires aux comptes privés, une disposition législative serait nécessaire pour cela. Cette nouvelle mission aurait aussi l'inconvénient d'amener la Cour à réexaminer des crédits qui sont en réalité gérés par les Caisses primaires d'assurance maladie. Un recours aux commissaires aux comptes du secteur privé serait donc préférable, quitte à ce que nous exercions ensuite notre contrôle à partir de leurs travaux.

La Cour a publié en novembre 2005 un rapport public thématique sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Le suivi particulier qu'elle y a consacré a ensuite été retracé dans le rapport annuel de février 2009. La réforme annoncée n'étant pas connue dans ses détails, je me bornerai à espérer qu'elle s'inspirera des recommandations que la Cour a faites en 2005 et reprises en 2009.

Mme la présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes. Madame Montchamp, la Cour des comptes a toujours considéré que les moyens ouverts à l'ACOSS – billets de trésorerie, recours à la Caisse des dépôts – n'étaient pas suffisants pour porter une dette d'une telle importance. Avoir attendu conduit le Parlement à autoriser des avances non permanentes de 65 milliards d'euros.

Il n'appartient pas à la Cour de procéder d'ores et déjà à la critique du schéma proposé, que le Parlement n'a du reste pas encore adopté. Dans le rapport annuel, elle a déjà admis le report des échéances de la CADES. Les 130 milliards d'euros qui vont lui être transférés rendent, en effet, très difficile le maintien de l'échéance de 2021, puisqu'il nécessiterait une augmentation très importante des prélèvements qui lui sont affectés.

La définition des recettes supplémentaires nécessaires à la CADES nous rendent aussi un peu perplexes, car elles ne sont pas garanties dans le temps. Leur produit, nous le savons, va fondre très rapidement. Une garantie fondée sur un pourcentage du CRDS est néanmoins prévue. Il reste que le projet n'est pas encore voté. Pour nous, la CRDS aurait cependant été le meilleur moyen de financer l'amortissement de la dette sociale.

La position de la Cour sur le transfert des ressources du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) est, elle aussi, constante. Loin de constituer une réaction à un projet de loi que le Parlement n'a pas encore adopté, elle procède d'une analyse ancienne. Selon la Cour, ce rare effort d'épargne de la France devait être sauvegardé dans l'esprit qui avait présidé à sa création. Au contraire, il va être consommé. L'idée est qu'en 2018 les régimes de retraites seront revenus à l'équilibre et que le « débouclage » du FRR, prévu à partir de 2020, ne sera plus nécessaire. Malheureusement, nous ne disposons d'aucune certitude sur la

capacité à équilibrer les régimes de retraite en 2018. D'ores et déjà, la CNAV annonce 4 à 5 milliards d'euros de déficit à cette date.

Mme Marisol Touraine. Monsieur le Premier président, en présentant le rapport de la Cour, vous avez exposé que, compte tenu de l'ampleur du déficit, le retour à la croissance ne suffirait pas à le résorber. Nous devons réfléchir à des mesures structurelles.

Monsieur le président Méhaignerie, nous sommes collectivement prêts à évaluer l'efficacité des dépenses sociales dans notre pays. Aujourd'hui, ne serait-ce qu'au regard de la persistance des inégalités d'accès aux soins, personne ne peut considérer qu'elles sont optimales.

Depuis plusieurs années, la Cour des comptes s'intéresse aux niches sociales, constituées par les exonérations de cotisations pour les rémunérations allant jusqu'à 1,6 fois le SMIC. Pour s'opposer à leur remise en cause, certains, en s'appuyant sur un rapport de l'Inspection générale des finances, invoquent un risque pour l'emploi. La Cour des comptes a-t-elle réfléchi à des modalités de suppression d'une partie de ces niches qui ne remettraient pas en cause l'emploi ?

Face à l'augmentation des dépenses de médecine de ville, la Cour s'est-elle interrogée sur l'efficacité des instruments conventionnels prévus pour les réguler ? Ceux-ci sont-ils toujours adaptés ? Doivent-ils être optimisés ? Faudrait-il rechercher des outils autres que les conventions actuelles ?

Enfin, au vu de la contestation de la T2A et des difficultés causées par ce mécanisme pour la prise en compte de facteurs externes – la précarité, par exemple – la Cour a-t-elle réfléchi à d'autres dispositifs d'affectation des financements aux hôpitaux ? J'exclus bien sûr le retour à la dotation globale telle qu'elle existait dans le passé.

M. Dominique Dord. L'appréciation que porte la Cour sur l'opportunité du maintien ou non du FRR me paraît injustifiable. Comment, d'un point de vue comptable et financier – il ne s'agit pas là de politique – peut-elle à la fois conclure au nécessaire maintien de ce fonds, au nom d'un effort d'épargne, aussi modeste soit-il, et en même temps dénoncer l'accroissement de déficits considérables d'organismes tels que le FSV, dont j'ai l'honneur de présider le conseil de surveillance ? Le déficit du FSV est comblé par l'emprunt, alors même que, du fait qu'il est placé, le capital du FRR est soumis aux aléas de la vie économique. Je ne comprends absolument pas cette position de la Cour.

En 2011, nous débattons peut-être d'une grande réforme fiscale. Les débats actuels font d'ores et déjà apparaître parmi les options possibles un financement au moins partiel de notre système social par une augmentation de la TVA – sous le nom de TVA sociale ou encore de TVA antidélocalisation –, en contrepartie d'une baisse des charges sociales pesant sur le travail. La Cour a-t-elle déjà élaboré des rapports sur cette option, qui revient à faire financer notre

système social un peu plus par la dépense et un peu moins par le travail ? Envisage-t-elle de le faire ?

Mme Martine Billard. En 2002, de mémoire, les régimes sociaux étaient à l'équilibre. Huit ans après, les voilà tous en déficit.

Monsieur le Premier président, vous nous avez exposé que le coût des niches sociales était systématiquement sous-estimé, qu'il n'était réalisé à leur propos que peu d'études d'impact et que leurs objectifs n'étaient pas toujours expliqués. Je signale à mes collègues qui ne s'en seraient pas rendus compte – la discussion du texte n'ayant pas pu aller à son terme, faute de temps... – que deux nouvelles niches ont été créées, sans estimation ni étude d'impact, au cours de la discussion du projet de loi portant réforme des retraites. Elles portent sur l'épargne retraite. La Cour, je suppose, n'a pu évaluer leurs conséquences financières.

Monsieur le Premier président, arrivez-vous à l'estimation de 15 milliards d'euros d'économies possibles en tenant compte de la généralisation des prélèvements à tous les revenus liés au travail que vous avez préconisée ? S'agit-il au contraire d'économies portant sur les exonérations existantes ? Plusieurs options sont-elles envisageables pour généraliser les prélèvements sur les revenus ? Lesquelles ?

Vous nous avez fait part d'une augmentation du coût des soins à domicile et des transports. Or, depuis plusieurs années, c'est une politique de réduction des coûts des transports qui est menée. La Cour a-t-elle réalisé une étude sur les causes de ces augmentations ? Seraient-elles corrélées par exemple au vieillissement de la population, à des pathologies précises ou à une diminution de l'accès aux soins – notamment le week-end et les jours fériés ? Par quels mécanismes des politiques qui étaient censées aboutir à des diminutions de coûts ont-elles pu n'avoir aucun effet ?

M. Jean-Luc Prél. La dégradation des comptes et l'apparition de déficits considérables nous amènent à nous interroger non seulement sur les dépenses, mais aussi sur les recettes. Que l'efficacité économique des niches sociales ne soit pas prouvée est une vraie difficulté.

Quelles pourraient être les conséquences sur l'activité économique de la récupération des 15 milliards d'euros que vous estimez possible ? Quelles seraient notamment celles du cantonnement aux petites et moyennes entreprises des exonérations de cotisations sociales pour des salaires allant jusqu'à 1,6 fois le SMIC ? Quel est l'effet d'aubaine de ces exonérations pour les grandes entreprises ?

Les niches sociales sont en grande partie compensées par l'État. Quel est le montant des exonérations non compensées ? Quel pourrait donc être l'impact sur les recettes sociales de la diminution des niches, qui profiterait avant tout au budget de l'État.

En matière de tableaux d'équilibre, quelles sont les raisons, l'ampleur et les conséquences des retraitements que vous contestez ?

Vos propos sur la protection sociale des IEG ne mettent-ils pas en exergue l'intérêt d'un régime unique et universel de retraite, pour lequel plaide le Nouveau Centre ?

La création l'an dernier des agences régionales de santé avait pour objet de revenir sur le cloisonnement, absurde, entre le soin, la prévention, la médecine de ville, l'hôpital, le sanitaire et le médicosocial. Dans ces conditions, le maintien de sous-objectifs au sein de l'ONDAM a-t-il un sens ? En cohérence avec la création des ARS, ne plaideriez-vous pas pour la mise en place d'objectifs régionaux ?

Enfin, pour ne pas prolonger nos débats, je renonce à vous interroger sur la convergence des tarifications entre les établissements publics et privés.

Mme Catherine Génisson. Monsieur le Premier président, il faut le constater, les tarifs en matière d'imagerie médicale sont proportionnels aux coûts des appareils. Ne serait-il pas intéressant de dissocier ceux-ci de l'acte intellectuel médical ? Ce dernier n'est pas plus exigeant aujourd'hui qu'il y a trente ans, et n'est en tout cas pas proportionnel au coût d'achat des appareils médicaux.

Grâce à sa politique de participation financière à l'achat d'appareils d'imagerie médicale pour la lutte contre les pathologies cancéreuses, la région Nord-Pas-de-Calais a pu, depuis la dernière place ou presque, rejoindre la région Île-de-France pour sa qualité de maillage de ces équipements, essentiels non seulement pour la lutte contre le cancer, mais plus encore pour la prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Ne faudrait-il donc pas prôner, en matière d'offre de soins, un partenariat fort entre conseils régionaux et agences régionales de santé ?

M. Patrick Roy. Pour moi, les propos du Premier président Migaud – que j'ai entendus avec ravissement – donnent une « claque » définitive aux leçons de bonne gestion que nous délivre un Gouvernement qui accumule les déficits !

Chaque année, les mesures annoncées pour les réduire aboutissent à une réduction de l'offre de soins pour la population.

Je retire d'une expérience personnelle que les coûts de certains soins – tels que les implants dentaires – restant à la charge du patient sont tels qu'il faut au moins être député pour pouvoir en profiter ! La dégradation de la dentition des habitants de la circonscription dont je suis l'élu est un élément qui marque, voire qui choque, les personnalités – les hauts fonctionnaires par exemple – qui y sont temporairement affectées. L'explication en est pourtant simple : c'est que le reste à charge est insurmontable pour les patients ! Comment équilibrer les comptes tout en assurant un égal accès aux soins, et mettre fin à la logique du « rembourser moins », donc « soigner moins » ?

Mme Michèle Delaunay. À tous les âges, même dans l'enfance, l'état de la dentition est un marqueur social. Peut-être souhaite-t-on le mettre en évidence aujourd'hui...

Monsieur le Premier président, votre prédécesseur souhaitait instamment que la Cour des comptes puisse examiner les comptes des établissements privés avec la même minutie que ceux des hôpitaux. Nous sommes informés des déficits des hôpitaux. Mais seuls ceux qui disposent des éléments d'analyse des pratiques médicales des établissements privés de santé peuvent comprendre pourquoi leurs déficits sont moindres.

Comme notre collègue Martine Billard, je voudrais souligner l'accroissement scandaleux du coût des transports médicaux, et, dans une moindre mesure, des soins infirmiers. La Cour, si elle le souhaite, pourrait se pencher sur leurs causes.

À mon sens, dans les cas de prescriptions abusives, elle devrait préconiser de très fortes pénalités tant pour le bénéficiaire que pour le prescripteur, allant jusqu'au non-remboursement.

En matière de soins infirmiers, je serais très heureuse que soit examinée la part des acteurs aujourd'hui appelés « prestataires de services », autrement dit des nouveaux intermédiaires entre le prescripteur, le plus souvent hospitalier, et le patient. Ces officines organisent les soins infirmiers et préconisent le choix du matériel médical. Dans certains cas, la profusion de matériel qu'elles délivrent pour des actes relativement simples augmente considérablement le coût des actes.

M. Jacques Domergue. Les recommandations de la Cour n'étant pas opposables – malgré leur qualité – elle est souvent amenée à les réitérer année par année. Nous le déplorons.

Une croissance de l'ONDAM de 2,9 % comparée à un accroissement du PIB de 1,5 % environ signifie l'acceptation du creusement des déficits. En même temps, vu l'ampleur des besoins, exacerbés par la crise, cette croissance apparaît difficile à maîtriser.

Certaines personnes aujourd'hui ne vivent que de prestations sociales. La réduction du nombre de niches sociales que vous préconisez pour augmenter les recettes risque donc de se traduire par une diminution du pouvoir d'achat, donc de la croissance. Jusqu'où ne pas aller trop loin ? Avez-vous élaboré des simulations – ou êtes-vous en mesure de le faire – pour guider l'exécutif et le législateur dans leur démarche ?

M. Michel Issindou. Malheureusement, monsieur le Premier président, ce nouvel excellent rapport annuel est tout aussi alarmant que le précédent. Dans quelques jours, nous allons examiner le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Notre impression est que n'y figurent que des « mesurette » qui ne réduiront en rien le déficit. Face à une fièvre de cheval persistante, les

traitements administrés depuis quelques années relèvent de l'homéopathie. Le prolongement de la vie de la CADES de 2021 à 2025 est une illustration du report des déficits sur les générations futures. Notre comportement à tous est irresponsable. Donnons-nous les moyens d'équilibrer nos comptes publics.

Monsieur le Premier président, vous nous avez présenté ce qui semble une marge de manœuvre : l'existence de 178 « niches » pour un coût croissant de 57,6 milliards d'euros en 2005 à 66,7 milliards en 2009. Paradoxalement, le creusement du déficit s'accompagne de l'accroissement du nombre de niches sociales !

Nous ne sommes pas tout à fait convaincus de l'efficacité ni de la pertinence des exonérations de cotisations sur les rémunérations inférieures ou égales à 1,6 fois le SMIC. Une modulation ne serait-elle pas souhaitable ? Si les entreprises exposées à la concurrence internationale en ont peut-être besoin, est-ce le cas de celles qui travaillent exclusivement sur le marché intérieur ? Des syndicats d'entreprises de nettoyage de locaux nous ont exposé que, sans ces exonérations, elles ne pourraient pas subsister. Pourtant, comment imaginer que le service qu'elles remplissent puisse disparaître ou être délocalisé ?

Une distinction ne pourrait-elle pas aussi être effectuée entre d'une part les très petites entreprises ou les PME, d'autre part les entreprises les plus importantes, qui ne voient dans ces niches qu'un effet d'aubaine ?

Le rapport entre les quelque 66 milliards d'euros que coûtent les niches et les dizaines de milliards de déficits annuels structurels est choquant. Un lien entre les montants des niches et les déficits prévisionnels ne pourrait-il pas être établi ? Qu'aujourd'hui, tous les régimes soient déficitaires est alarmant. Au lieu d'élaborer des mesures fortes, le Gouvernement nous renvoie sans cesse à un avenir meilleur. En réalité, il crée une charge pour les générations futures.

M. le président Pierre Méhaignerie. L'exemple des autres pays européens montre que la ligne de crête à respecter pour ne pas casser la croissance est aussi un élément à intégrer.

Vous pourrez constater que le bilan est plus équilibré que vous le pensez : pour six milliards d'euros en faveur des entreprises, quatre milliards d'euros de prélèvements pèsent, et à juste titre, d'abord sur les 20 % les plus aisés.

M. Patrick Lebretton. Je note la critique de l'explosion des niches sociales de la part de la Cour des comptes, et le souhait d'une recherche d'efficacité dans leurs critères de création.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 comporte une remise en cause du remboursement des bandelettes nécessaires aux personnes atteintes de diabète pour contrôler leur taux de glycémie. Désormais seule une bandelette serait remboursée, là où certains diabétiques en ont besoin de trois ou quatre de plus. Dans le département de La Réunion, dont je suis le député, 7,5 %

des habitants, soit 60 000 personnes, sont directement concernés par cette maladie ; 52 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, fixé à 800 euros par mois. Un calcul du déremboursement fait apparaître pour un grand nombre de diabétiques un coût direct de 360 à 900 euros par an, soit plus d'un mois de revenu. En recherchant des économies dans le domaine de la prévention, ne risque-t-on pas d'engloutir demain des montants nettement supérieurs pour soigner des personnes qui n'auront pu bénéficier d'une prévention adéquate ?

M. Dominique Tian. Je remercie non seulement le Premier président de la Cour des comptes, mais aussi les magistrats de la Cour qui, à la demande des coprésidents de la MECSS, lui ont remis sur le volet de la fraude sociale un rapport de très grande qualité.

Celui-ci montre une prise de conscience nouvelle des enjeux liés à la lutte contre la fraude. L'ordre de grandeur de 3 milliards d'euros évoqué par la Cour a été globalement confirmé par le Conseil des prélèvements obligatoire, au cours d'une audition récente de la MECSS.

Parmi les effets d'aubaine que vous citez, la reconstitution des carrières longues me semble un exemple tout à fait lamentable d'inorganisation. Des attestations sur l'honneur ont pu être fausses. Un peu de discernement à la lecture de certains dossiers, pourtant validés, un peu de contrôle interne, auraient pu mettre en évidence que des personnes déclaraient avoir commencé à travailler à l'âge de deux ou trois ans, voire avant même leur naissance !

Dans ses observations sur l'allocation de parent isolé, la Cour explique elle-même à la fois que l'appréciation des situations est délicate et que les caisses d'allocations familiales disposent de peu d'outils. Le caractère imprécis de la définition de la notion de parent isolé amène chaque caisse d'allocations familiales à établir sa propre doctrine et à fixer sa propre liste de pièces justificatives nécessaires. Nous sommes soucieux des conséquences de l'inégalité de traitement entre allocataires, voire, probablement, de l'inefficacité du dispositif.

L'un des effets d'aubaine signalés par la Cour est celui où le non-acquittement de la pension alimentaire permet au conjoint qui devrait la recevoir de percevoir immédiatement l'allocation de soutien familial. Je m'étonne que les préconisations ne soient pas plus incisives : l'obligation de recherche de paternité ne devrait-elle pas être imposée aux caisses d'allocations familiales ? De façon générale, ne devraient-elles pas s'intéresser aux dossiers qui présentent une possibilité d'effet d'aubaine ?

L'instauration de la subsidiarité entre l'allocation de parent isolé et l'allocation de soutien familial a déjà entraîné de façon quasi-automatique une économie de plus de 80 millions d'euros, nombre de personnes n'ayant pas jugé utile d'entreprendre les démarches requises.

Dans la mesure où vous appelez à une meilleure gestion de certaines caisses, je dois enfin remarquer que le rapport que la MECSS a élaboré en 2004

et 2005 et qui prônait une meilleure organisation de celles-ci, semble malheureusement avoir été assez peu suivi d'effet.

Mme Monique Iborra. À la suite de la mise en application de la loi dite « HPST », les hôpitaux ont vu, nous dites-vous, leur situation financière pour certains s'améliorer, et pour d'autres se maintenir ou se dégrader. Or, dans un objectif de réduction des déficits, cette loi a sensiblement modifié la gouvernance des hôpitaux. La Cour a-t-elle une appréciation sur son efficacité et sur la mise en place des agences régionales de santé ?

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Les analyses de la Cour sur l'invalidité et l'inaptitude, ainsi que sur le handicap dans le régime général m'ont particulièrement intéressée. Lors des débats de la loi du 11 février 2005, qui a profondément réformé la politique en faveur des personnes handicapées, nous avons alerté, sans être entendus, sur les différences de traitement.

Quelle est votre analyse de la relation entre les médecins conseils et les médecins du travail ? Avez-vous pu mesurer l'ampleur des situations d'inaptitude au poste de travail et celles d'invalidité ? Alors qu'elles sont souvent proches, l'une peut entraîner la rupture du contrat de travail, et non les autres.

Aujourd'hui, des populations qui rencontrent des difficultés très voisines reçoivent des réponses très différentes. Nous devons améliorer ce point.

M. le premier président de la Cour des comptes. Il me semble que la représentation nationale doit s'interroger, comme la Cour des Comptes, sur le fait que, alors que nous avons le deuxième système le plus coûteux au monde, les indicateurs de santé ne sont pas toujours en rapport avec nos dépenses. S'agissant plus précisément de la sécurité sociale, le déficit, fruit d'un déficit structurel et d'une crise exceptionnelle, est de 25 à 30 milliards d'euros. La Cour dit simplement qu'il faut agir sur la dépense comme sur la recette. Penser que l'on pourrait n'agir que sur l'une ou l'autre nous paraît extrêmement dangereux et ne nous semble pas de nature à répondre aux problèmes.

Nous traçons donc un certain nombre de pistes, y compris en matière de dépenses, car nous pensons qu'il y a des marges de manœuvre et qu'il faut s'interroger sur l'efficacité de ce qui est fait. Mais la Cour – je réponds à M. Patrick Roy – n'est là pour dispenser ni des caresses ni des claques, ni pour plaire ni pour déplaire, mais pour dire ce qu'elle voit. Sa force et son autorité tiennent au fait que tout ce qu'elle décrit a fait l'objet d'une analyse contradictoire avec ses interlocuteurs et découle de délibérations collégiales de magistrats totalement indépendants. Voilà qui lui donne une liberté, en particulier de ton, bien plus grande que celle d'un certain nombre d'institutions prestigieuses.

On peut certes regretter que ses recommandations ne soient pas suffisamment suivies, mais il faut aussi prendre garde à ne pas aller vers un gouvernement des juges : qu'au bout du compte les représentants désignés par le

suffrage universel décide de la politique qui doit être suivie me paraît plutôt un bon principe...

Les tableaux, qui figurent aux pages 106 et 107 du rapport, apportent des réponses aux nombreuses questions qui ont été posées à propos des niches sociales : nous identifions là une quinzaine de milliards d'euros sur lesquels il nous semble possible d'agir. Mais, si nous faisons un certain nombre de propositions, il appartient aux responsables politiques de trouver un point d'équilibre, de faire leur choix dans ce qui constitue non pas un menu, mais une carte : en consommer tous les plats aboutirait à coup sûr à une indigestion qui pourrait même être fatale... Il en ira d'ailleurs de même du rapport du Conseil des prélèvements obligatoires sur les niches et les dépenses fiscales applicables aux entreprises, que je présenterai cet après-midi devant la commission des finances.

S'agissant des exonérations de cotisations, nous faisons sans doute preuve de davantage de détermination que le Conseil des prélèvements obligatoires, même si ce dernier estime aussi qu'il y a des marges de manœuvre sur un montant global d'une trentaine de milliards. On voit que les exonérations ont eu un effet plus important sur l'emploi non qualifié que sur l'emploi global et ont principalement bénéficié à des secteurs non exposés à la concurrence internationale – commerce, grande distribution, hôtellerie et cafés-restaurants, nettoyage. Il est vrai que réduire ces exonérations pourrait avoir sur l'emploi des effets que l'inspection générale des finances s'efforce de mesurer. C'est pour cela qu'il convient vraisemblablement d'étaler les choses dans le temps. Il est possible de ramener l'exonération de 1,6 à 1,5 fois le SMIC. Il y a également ce que propose le gouvernement en matière d'annualisation. Le Conseil des prélèvements obligatoires suggère une mesure complémentaire que je présenterai cet après-midi. Au total, il serait possible d'économiser environ 4 milliards d'euros sur les exonérations.

La Cour s'attachera à comparer la fiscalité, mais aussi l'évolution de l'industrie, en France et en Allemagne, mais il apparaît d'ores et déjà que les exonérations de cotisations n'ont pas empêché la désindustrialisation de la première par rapport à la seconde...

Ce n'est pas la première fois que la Cour des Comptes prend position à propos du Fonds de réserve pour les retraites (FRR). Elle a toujours considéré que la constitution de réserves allait dans le bon sens, afin de répondre à de légitimes préoccupations d'équité entre les générations et de contribuer à assurer la pérennité des régimes de retraite. Nous pensons qu'il faut jouer sur tous les paramètres – âge, durée, assiette et montant des cotisations. Compte tenu des propositions qui sont faites, nous nous interrogeons sur la possibilité d'un retour à l'équilibre en 2018-2020, ainsi d'ailleurs que sur le montant même des futures retraites. Il nous semble donc qu'il y a un risque que les ressources du FRR viennent alors à manquer si on les utilise maintenant.

Il est vrai que la T2A a eu un certain nombre de conséquences négatives et qu'elle est contestée. Nous considérons néanmoins qu'il s'agit du moins mauvais des systèmes et qu'il est en tout cas bien meilleur que le précédent.

Nous n'avons de cesse de rappeler qu'en matière de sécurité sociale, parce qu'il s'agit de dépenses courantes, d'une autre nature que celles d'investissement de l'État, les comptes devraient être à l'équilibre et que le principe devrait être la généralité du prélèvement sur tous les revenus acquis en contrepartie ou à l'occasion du travail. Priver la sécurité sociale de certaines recettes au nom de politiques sectorielles qui lui sont étrangères fragilise obligatoirement l'ensemble des régimes. Tel est le message que nous nous efforçons de faire passer. On parle beaucoup de la « règle d'or » : en matière de sécurité sociale, ce devrait être un principe absolu qui devrait comme d'autres, l'examen de la loi de programmation des finances publiques le confirme, être élevé au niveau organique afin de s'imposer aux lois ordinaires que sont les lois de finances et de financement.

Mme la présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes. Monsieur Prél, nous n'avons pas travaillé sur l'idée de créer un régime universel, nous avons simplement voulu dire que le régime des IEG avait un coût pour le régime général et qu'il n'y avait pas de raison que ce soit le cas. Notre travail de suivi du rapport que la Cour avait consacré aux institutions sociales des IEG montre que nous avons quelques raisons de nous montrer sévères en la matière.

La Cour n'a pas non plus travaillé sur l'idée de découper l'ONDAM en sous-objectifs régionaux. Peut-être les ARS développeront-elles des outils permettant de connaître ce que doit être la dépense de santé par habitant compte tenu des caractéristiques de la population de chaque région. Le Royaume-Uni fonctionne un peu de la sorte. En France, où le système est très centralisé, distribuer l'argent en fonction des caractéristiques de mortalité et de morbidité et de la prévalence de certaines maladies supposerait que l'on accepte de rendre visibles des différences qui ne le sont pas aujourd'hui. Il s'agit néanmoins d'une piste intéressante, même si l'on peut se dire que les caisses nationales et les syndicats de médecins ne verraient pas cela d'un très bon œil.

C'est d'un point de vue strictement comptable que nous critiquons le retraitement des tableaux d'équilibre. Pour nous ces tableaux, que vous adoptez dans le cadre de la loi de financement, doivent prendre appui sur les données comptables des différents régimes. Ces données ne doivent donc pas donner lieu à des contractions entre produits et charges car, même si les soldes ne varient pas, cette présentation dite « économique » à laquelle le ministère semble attaché, réduit optiquement la masse des dépenses et des recettes, donc les taux d'évolution.

Vous nous avez interrogés, madame Génisson, sur l'imagerie médicale. D'ores et déjà, on distingue bien le forfait technique, qui rémunère l'amortissement et le fonctionnement de la machine, des honoraires, qui rémunèrent l'acte intellectuel. Ce que nous expliquons dans le rapport, c'est que les tarifs sont actuellement trop élevés, dans les deux cas, et que l'on ne tient pas

suffisamment compte de l'importance des actes effectués par une machine. Quand une machine ne tourne pas beaucoup – et il y en a malheureusement, nous le dénonçons dans le rapport – il est nécessaire que le forfait soit plus élevé ; mais lorsque le rythme est normal, voire très élevé comme dans le secteur privé, la rentabilité ne justifie pas un surcoût qui joue au détriment de l'assurance maladie. Les honoraires ont été baissés à plusieurs reprises ; ils le seront encore, d'autant que des économies sont prévues dans le projet de loi de financement pour 2011. Nous observons également que la détermination des honoraires a tendance à favoriser l'inflation d'actes de radiologie traditionnelle qui ne sont pas tous utiles. Au total, notre étude nous amène à dire que le coût excessif de l'imagerie médicale dans notre pays conduit à freiner l'équipement, ce qui empêche de garantir l'égal accès aux soins.

Mme Catherine Génisson. Absolument !

Mme la présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes. Nous avons aussi déploré que ces équipements ne soient pas installés là où les plans de santé publique justifieraient qu'ils le soient. Il y a vraiment des efforts à faire dans ce domaine !

Vous aimeriez, madame Delaunay, que la Cour s'intéresse aux cliniques privées. Mais il s'agit de sociétés commerciales, que nous ne sommes pas habilités à contrôler.

Mme Michèle Delaunay. Il s'agit aussi d'argent public !

Mme Catherine Génisson. L'article premier de la loi dite « HPST », ouvrant aux établissements privés comme publics la possibilité d'exercer des missions de service public, justifie, à mon sens, le contrôle de la Cour des Comptes sur ces établissements.

Mme la présidente de la sixième chambre de la Cour des comptes. Vous avez totalement raison. À l'initiative de votre collègue Yves Bur, vous avez d'ailleurs adopté l'année dernière un amendement à la loi de financement qui nous permet de mener des enquêtes comparatives entre public et privé, dans l'ensemble du secteur sanitaire et médico-social, lorsque les activités sont financées par l'assurance maladie. Nous pouvons ainsi exercer un certain nombre de contrôles, mais pas forcément sur les comptes car s'agissant, je le répète, de sociétés commerciales, le respect du secret des affaires s'impose à la Cour et nous incite à la prudence. Cela étant, nous réfléchissons à la façon d'appliquer la disposition que vous avez bien voulu adopter l'année dernière.

Mme Touraine a posé la question de l'efficacité des instruments de régulation conventionnels. Dans ces rapports précédents, la Cour s'est interrogée à plusieurs reprises sur le champ excessif donné à la négociation conventionnelle, ce qui a conduit à ce que l'État perde un peu la main sur la maîtrise des dépenses d'assurance maladie. En effet, dès lors que les partenaires conventionnels s'entendent, la marge de manœuvre de l'État s'en trouve considérablement

réduite. Ainsi, tout ce qui concourt à la tarification des actes, qu'il s'agisse des nomenclatures ou de la valeur des honoraires et des actes, figure désormais dans le champ conventionnel. Dans ces conditions, comment les contrats individuels pourraient-ils encourager les médecins à des pratiques plus conformes aux référentiels et plus propice aux économies ? À ce jour, la Cour n'a pas encore examiné les contrats d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI).

S'agissant enfin de la question de M. Roy, nous écrivons que les implants ne sont pas remboursés. Pour ce faire, il faudrait sans doute que l'on parvienne à réduire les dépenses par ailleurs d'autant que, je vous le rappelle, la Cour ne peut proposer de dépenses supplémentaires...

M. le président Pierre Méhaignerie. Les dentistes nous disent que les tarifs des implants compensent la faiblesse des tarifs conventionnés... Mais il y a là un vrai problème, car on s'oriente de plus en plus vers les implants, y compris chez des patients de plus de 80 ans !

M. le premier président de la Cour des comptes. Les dentistes ont obtenu quelques augmentations de tarifs, mais cela n'a entraîné de baisses ni sur les prothèses ni sur les implants...

M. le rapporteur général du rapport sur la sécurité sociale. Je reviens à la question de M. Tian relative à l'allocation de parent isolé et à l'allocation de soutien familial. Nous disons qu'il serait bon de réformer cette dernière, afin qu'il n'y ait pas d'effets pervers et que les juges ne soient pas tentés de manière excessive de déclarer quelqu'un comme hors d'état afin que l'ex-conjoint bénéficie de cette prestation. Des progrès devraient être enregistrés en ce qui concerne l'allocation de parent isolé, la CNAF élaborant actuellement un référentiel.

S'agissant de l'invalidité et de l'inaptitude, j'indique à Mme Carrillon-Couvreur que nous notons à la page 398 du rapport que, pour l'instant, les rapports entre les médecins-conseil et les médecins du travail sont relativement peu définis par les textes et que les pratiques demeurent relativement étanches. Des échanges devraient exister et l'ACOSS a prévu de les intensifier pour la branche accidents du travail.

Enfin, M. Issindou ayant considéré que nos rapports se suivent et se ressemblent sans que des remèdes soient véritablement apportés, je veux lui dire que, sans chercher à instaurer un gouvernement des juges, nous nous soucions chaque année des suites qui ont été données à nos précédentes recommandations. Vous constaterez dans le présent rapport que bien plus de recommandations – dont on ne saurait penser qu'elles ont été écrites parce qu'elles sont faciles à mettre en œuvre – que nous ne le pensions nous-mêmes ont été suivies d'effet – parfois partiellement il est vrai –, y compris lorsque nous avons eu initialement une fin de non-recevoir.

M. le président Pierre Méhaignerie. Monsieur le Premier président, madame, monsieur, nous vous remercions.

B. AUDITION DES MINISTRES

La commission des affaires sociales a entendu **M. François Baroin**, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, **Mme Roselyne Bachelot-Narquin**, ministre de la santé et des sports, **M. Éric Woerth**, ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, **Mme Nadine Morano**, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité, et **Mme Nora Berra**, secrétaire d'État chargée des aînés, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 au cours de sa séance du 13 octobre 2010.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je veux rappeler, en guise d'introduction, que notre niveau de protection sociale est le plus élevé d'Europe ; il reste d'ailleurs le principal moyen de corriger les inégalités. Si la France a mieux traversé la crise que d'autres pays, elle le doit d'ailleurs à son système de protection sociale. La croissance de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixée à 2,9 % en 2011, montre d'ailleurs la volonté du Gouvernement et de la majorité de maintenir cette protection sociale à un niveau élevé, même au prix d'un déficit.

M. François Baroin, ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État. Éric Woerth, Roselyne Bachelot-Narquin et moi-même venons de présenter, en Conseil des ministres, le cadrage général du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Celui-ci s'inscrit dans le cadre global et intangible de réduction des déficits publics, qu'il nous faut ramener à 6 % du PIB l'an prochain. Pour que les efforts demandés soient efficaces et justes, nous considérons que les différents acteurs de la dépense – État, sécurité sociale et collectivités territoriales – doivent y contribuer équitablement. J'irai à l'essentiel, et laisserai le soin à Roselyne Bachelot-Narquin et Éric Woerth d'entrer dans le détail des différentes mesures.

À l'heure actuelle, le déficit du régime général est estimé à 23,1 milliards d'euros, ce qui représente une amélioration encourageante, puisque la Commission des comptes de juin dernier annonçait près de 27 milliards. À l'origine de cette amélioration, on trouve une évolution plus rapide que prévue de la masse salariale, évolution liée au redressement de l'économie. En juin dernier, nous prévoyions en effet une augmentation de 0,3 % de la masse salariale en 2010, alors que le projet de loi de financement voté l'an dernier tablait sur une diminution de 0,4 %. Nous retiendrons finalement une évolution de 2 % pour cette année, au regard des chiffres du deuxième trimestre transmis début septembre par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Plusieurs éléments confirment l'évolution positive de la situation de l'emploi : le taux de chômage, en baisse au deuxième trimestre, s'établit à 9,3 % de la population active en France métropolitaine ; 60 000 emplois ont été créés au premier semestre ; enfin, le salaire moyen par tête a augmenté de 1,2 % au deuxième trimestre, après une évolution de 0,8 % au premier trimestre. Nous nous

félicitons naturellement de ces chiffres, car ils viennent conforter la stratégie du Gouvernement face à la crise : dès le début de celle-ci, la France a réagi de façon adéquate. Nous avons accepté des baisses de recettes fiscales sans précédent, en laissant jouer les stabilisateurs automatiques, et nous avons soutenu l'activité économique *via* notre plan de relance, dont nous retirons les principales mesures, mais progressivement afin de ne pas casser la reprise de la croissance. Nous avons cherché à soutenir cette croissance par des réformes structurelles, des mesures en faveur de l'emploi et la mise en œuvre d'investissements d'avenir à travers le grand emprunt. Grâce à cette politique économique et à la maîtrise de la dépense, le rétablissement de l'équilibre du régime général est donc engagé, même si les avancées seront progressives en raison des effets de la crise.

Comme je l'ai indiqué lors de la Commission des comptes le 28 septembre dernier, nous envisageons de mobiliser tout ou partie de l'excédent du panier de recettes fiscales venant compenser les allègements généraux de cotisations patronales. Les soldes du régime général, à ce stade, intègrent cet excédent – 1,6 milliard d'euros en 2010 –, lequel tient à ce que le montant des allègements de cotisations sociales est inférieur au rendement des taxes et des impôts qui composent le panier de recettes affectées au régime général. Le Gouvernement envisage de mobiliser cette marge de manœuvre, totalement ou partiellement, pour financer la dynamique plus forte que prévue de certains dispositifs en 2010, notamment dans le domaine de la politique de l'emploi. La logique est simple : d'une part, l'impact de la crise sur le marché de l'emploi a conduit à réévaluer à la baisse le coût des allègements de charges sociales ; de l'autre, pour lutter contre la crise, l'État a dépensé davantage pour soutenir l'emploi, par le biais de mesures exceptionnelles. Il est donc normal, en fin d'année 2010, de rétablir l'équilibre financier entre ces deux volets de la politique de l'emploi financés par l'État. Cette opération, qui, pour s'appuyer sur les estimations financières les plus précises, apparaîtra dans le projet de loi de finances rectificative à la fin de 2010, n'a donc pas été prise en compte dans le présent texte.

Tout en assurant le financement de la sécurité sociale pour 2011, nous anticipons son avenir et réglons les dettes du passé : c'est le deuxième pilier du projet de loi de financement. Notre stratégie se veut consciente et lucide, en un mot responsable.

Ce projet de loi est une pièce maîtresse de notre stratégie quant aux finances publiques, stratégie dont je rappelle brièvement les axes : maîtrise des dépenses de l'État dans le respect de la norme « zéro en valeur », service de la dette et pensions exclus ; stabilisation des dotations aux collectivités locales ; réduction des niches fiscales et sociales à hauteur de 10 milliards d'euros ; réforme des retraites ; enfin, strict respect d'un ONDAM à 2,9 % en 2011 et à 2,8 % les années suivantes. Soit dit en passant, c'est la première fois, depuis 1997, que l'ONDAM est respecté, ce qui nous donne du crédit quant au niveau annoncé pour les prochaines années. J'ajoute que le taux de 3 % équivaut à une progression deux fois supérieure à celle du niveau de la vie et de la richesse nationale : nul ne

peut prétendre, en dépit de nos efforts pour maîtriser la dépense, que nous ne préservons pas l'État-providence et la solidarité.

L'effort du Gouvernement en faveur de notre modèle social est donc incontestable, et ce choix politique doit en être souligné. Plus de 70 % des gains liés à la réduction des niches fiscales et sociales, soit 7 milliards d'euros, seront alloués au financement de la sécurité sociale : 3,5 milliards d'euros de recettes provenant de niches dont bénéficient les sociétés d'assurance seront consacrés au financement de la dette sociale, et 3,5 milliards d'euros, dont 3 milliards de recettes provenant de niches fiscales et sociales, permettront de financer la réforme des retraites. Ces 3,5 milliards seront même portés à 3,8 milliards lorsque nous aurons amendé le projet de loi de finances afin d'introduire les recettes destinées à financer les mesures de maintien de l'âge du taux plein à soixante-cinq ans pour les parents de trois enfants des générations de 1951 à 1955. C'est, là encore, par souci d'équité que le Gouvernement a tenu à introduire cette exception au sein de la réforme des retraites.

Enfin, 450 millions d'euros de recettes provenant de l'augmentation du taux du forfait social – pour 350 millions d'euros –, de la taxation de la rémunération sur les tiers – pour 70 millions – et du plafonnement de la déduction de CSG – pour 25 millions – viendront, pour une très large part, abonder la branche maladie.

Aux 7 milliards obtenus grâce à la réduction des niches, il convient d'ajouter l'augmentation des cotisations patronales – 0,1 % –, pour un rendement de plus de 450 millions d'euros, lequel permettra le retour à l'équilibre de la branche accident du travail et maladies professionnelles. Au total, je tiens à le souligner, l'effort représente plus de 8 milliards d'euros en faveur de notre système de protection sociale.

Pour maîtriser les dépenses sociales, nous avons choisi d'agir structurellement en réformant notre système de retraite, tout en traitant la dette sociale. Je ne reviens pas sur ce dernier point, dont nous avons longuement débattu hier soir en séance publique. Ces fructueux échanges auront d'ailleurs permis d'éclairer l'opinion sur les positions de chacun et notamment celle, intangible, du Gouvernement : le refus d'augmenter les prélèvements obligatoires, quelle que soit l'importance de la dette.

La facilité eût été d'augmenter la CRDS, mais nous avons eu le courage de choisir une autre voie.

Les recettes manquantes pour la branche famille d'ici à 2013 seront compensées de trois manières. Nous procéderons d'abord, comme il est logique, à l'affectation à la branche famille des recettes initialement destinées à la CADES. Lorsque ces recettes diminueront, à partir de 2013, nous affecterons à la branche famille le produit de nouvelles réductions de niches sociales ou fiscales, comme nous l'avions prévu pour la CADES.

Enfin, et je veux vous apporter ainsi la garantie de notre sens des responsabilités en la matière, nous avons décidé d'affecter définitivement au régime général, à compter de 2011, l'excédent du panier de recettes compensant les allègements généraux de cotisations sociales. Les recettes de ce panier, créé en 2006, deviendront donc, de fait, des recettes définitivement acquises à la sécurité sociale. Je tiens à souligner l'effort très important réalisé par l'État à cette occasion, puisque c'est un excédent prévisionnel de plus de 2 milliards d'euros qui sera ainsi conservé par le régime général en 2011, de 1,8 milliard en 2012, de 1,6 milliard en 2013 et de 1,3 milliard en 2014. Ce faisant, nous aurons résolu deux difficultés : la pérennité des recettes initialement prévues pour la CADES et la clarification des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, sujet sur lequel nous tenions à lever la réserve de la Cour des comptes.

Dernier enjeu, et non des moindres : l'ONDAM. Roselyne Bachelot-Narquin détaillera les mesures permettant d'atteindre l'objectif de 2,9 % et de mettre en œuvre les mesures du rapport Briet.

Je n'oublie pas la nécessaire lutte contre la fraude aux prestations, qui affaiblit notre système de protection sociale et génère un fort sentiment d'injustice. Depuis 2007, le Gouvernement a renforcé les outils juridiques et techniques mis à disposition des caisses, tels le répertoire national commun de la protection sociale et, au sein de la branche famille, le fichier national des bénéficiaires. Grâce aux échanges d'informations entre administrations publiques, les données relatives aux assurés sont désormais plus fiables. Enfin, nous avons élargi les pénalités administratives, afin de les rendre plus dissuasives ; ces mesures seront étoffées dans le projet de loi de financement.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports. Comme l'a souligné François Baroin, la maîtrise de la progression de l'ONDAM à 2,9 % en 2011 nous laisse des marges de manœuvre. L'ONDAM est construit sur la base des mesures suivantes : un effort toujours important sur les programmes de maîtrise médicalisée, *via* un objectif réaliste de 550 millions d'euros qui suppose de mobiliser tous les outils déjà disponibles. Ceux-ci sont nombreux : promotion des référentiels de la Haute Autorité de santé, mise sous entente préalable ou actions des délégués de l'assurance maladie.

Cela suppose aussi de mobiliser les agences régionales de santé (ARS) afin que nos programmes couvrent au mieux l'ensemble des prescripteurs, en ville comme à l'hôpital ou dans le secteur médico-social. Nous leur avons fixé dix objectifs de gestion du risque, qui couvrent notamment le champ des transports sanitaires, des médicaments de la liste en sus et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Nous passons ainsi aux travaux pratiques de la loi dite « HPST ».

Outre l'effort de maîtrise médicalisée, l'ONDAM s'appuie sur un ajustement des tarifs et des prix : dans les domaines de la biologie et de la radiologie, les tarifs diminueront de 200 millions d'euros ; par ailleurs, la baisse

des prix des produits de santé, dans le cadre de la politique conventionnelle, atteindra 500 millions d'euros. Quant au taux K, il est fixé à 0,5 % pour consolider les économies.

La maîtrise de l'ONDAM passe aussi par une adaptation du ticket modérateur et par la baisse de 5 % du remboursement des médicaments qui le sont actuellement à 35 %, car je souhaite que notre système de prise en charge se concentre sur les médicaments les plus utiles ; la même baisse de 5 % sera appliquée aux dispositifs médicaux – domaine dans lequel, chaque année, la dynamique de dépense est en effet très élevée –, dont le taux de prise en charge passera de 65 à 60 %.

Nous ajustons également le niveau du seuil de la contribution de 18 euros qui s'applique à l'hôpital pour plafonner le ticket modérateur : ce seuil, qui était resté inchangé depuis 1992, passera à 120 euros ; notons qu'une revalorisation indexée sur l'inflation aurait dû nous conduire à le fixer à 130 euros. Ces mesures ne toucheront bien évidemment ni les, les affections de longue durée (ALD), ni les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui resteront pris en charge à 100 %.

Quatrième levier de maîtrise de l'ONDAM : la reprise de deux propositions du rapport « Charges et produits pour 2011 » de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), à commencer par la mise en place d'un forfait médicalisé de prise en charge des bandelettes pour les patients diabétiques non-insulino-dépendants. Cette mesure doit permettre d'éviter le gaspillage et de limiter les marges sur les dispositifs médicaux. J'insiste sur le fait que ce forfait sera médicalisé, c'est-à-dire établi en fonction de l'état de santé du patient et conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé. J'ai demandé à mes services d'entamer très rapidement les concertations nécessaires à la mise en œuvre de cette mesure avec les professionnels et les patients concernés. Quant à la seconde proposition, elle concerne l'évolution des critères d'entrée en ALD pour les patients vivant avec de l'hypertension artérielle isolée. Il est, en effet, impératif d'adapter ces critères en fonction des évolutions des modes de prise en charge, l'hypertension artérielle isolée étant un facteur de risque au même titre que l'hypercholestérolémie ou l'obésité, pour lesquels les patients supportent un ticket modérateur. L'analyse médico-économique de la consommation des patients en ALD pour hypertension artérielle révèle, en effet, que beaucoup d'entre eux ne souffrent pas d'ALD associées, dont les remboursements moyens sont nettement inférieurs à ceux des autres ALD cardiovasculaires et dont la prise en charge relève prioritairement de la prévention. Je précise que ces évolutions toucheront uniquement les nouveaux patients, que je demande à la CNAMTS d'accompagner, dans le prolongement de ce qu'elle a mis en œuvre, avec *Sophia*, pour les patients diabétiques.

Maîtrisé, cet ONDAM permet des marges de manœuvre, puisque la progression de 2,9 % représente 4,7 milliards d'euros d'argent frais injectés dans le système de soins. Le règlement arbitral avait prévu l'augmentation d'un euro de

la consultation des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2011 ; cette dépense de 260 millions d'euros est évidemment prévue dans notre élaboration de l'ONDAM.

Il faut investir dans la médecine de premier recours ; c'est précisément ce que nous faisons.

Les élections professionnelles touchent à leur fin pour les médecins libéraux ; nous engageons à présent l'enquête de représentativité, avant d'entamer les négociations pour une nouvelle convention.

Le financement de l'accord avec les infirmières sur le dispositif Licence-Maîtrise-Doctorat s'inscrit aussi dans la reconnaissance de la qualification et du professionnalisme des intéressées. Ces crédits sont financés dans le cadre de l'enveloppe hospitalière. Notre politique, loin d'être malthusienne, obéit donc à une logique d'investissements.

Lors de mon arrivée à la tête du ministère, j'ai fixé le principe d'une évolution paritaire, à 2,8 %, de l'hôpital et de la ville. Ce taux de progression de l'enveloppe hospitalière représente 2 milliards d'euros pour les établissements de santé en 2011. La poursuite de la convergence ciblée permettra d'économiser 150 millions d'euros, et les gains de performance à l'hôpital, notamment via l'Agence nationale d'appui à la performance, 145 millions. D'autres économies sont réalisées grâce à la maîtrise des produits de la liste en sus.

Notre politique d'assurance maladie est aussi construite pour garantir un accès aux soins de haut niveau. Il y a quelques semaines, la direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère (DREES), nous a présenté ses travaux sur les comptes nationaux de la santé. Je crois nécessaire d'y revenir pour souligner que le reste à charge a diminué dans notre pays en 2009, pour s'établir à 9,4 %, contre 9,5 % en 2008 : signe que nous consolidons notre très haut niveau de couverture, niveau quasi inégalé chez nos voisins européens. Ainsi, pour l'hôpital, le reste à charge est de 3 %. On en a peu parlé, ce que je regrette d'autant plus que l'on entend encore, ici et là, des plaintes régulières sur le prétendu désengagement de l'assurance maladie. Je revendique une politique qui vise à concentrer les dépenses de l'assurance maladie sur les soins les plus utiles et les plus efficaces. C'est une nécessité à la fois morale et économique, même si cela exige des choix parfois difficiles. Mais je vous invite à comparer le panier de soins remboursé en France avec la situation dans d'autres pays.

Nous continuons, bien entendu, d'être très mobilisés sur les questions d'accès aux soins. Nous augmenterons de 6 % le plafond de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, en 2011 – il sera ainsi fixé à 26 % au-delà de celui de la CMU-C, contre 20 % actuellement –, puis de 4 % supplémentaires en 2012. Cette progression nous permettra de couvrir potentiellement 80 000 personnes supplémentaires en 2011. On dit souvent que l'aide à la complémentaire santé fonctionne assez mal ; mais grâce aux efforts de tous – caisses de sécurité sociale et organismes complémentaires –, plus de 515 000 personnes l'utilisent

aujourd'hui, la progression ayant atteint 10 % au premier trimestre, ce qui est loin d'être négligeable.

J'ai demandé, au début de l'année, à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de me faire des propositions sur la lisibilité des contrats complémentaires : il est indispensable d'aider les assurés à se repérer dans ce marché, et de favoriser une concurrence qui profitera à nos concitoyens. Des premières avancées ont eu lieu. J'ai demandé à ce que le dialogue se poursuive directement avec les associations de patients et les représentants des consommateurs.

Si l'on regarde avec sérieux ce sujet de l'accès aux soins, on voit que les difficultés se concentrent quasi exclusivement sur l'optique et les soins dentaires. Je souhaite que des discussions soient réengagées avec les organismes complémentaires et les autres acteurs, afin d'étudier les moyens de réduire le reste à charge dans ces secteurs. J'observe que des formes nouvelles d'organisation entre professionnels et organismes complémentaires permettent des baisses de prix substantielles pour le patient ; il faut creuser ces pistes le plus possible. J'ai d'ailleurs demandé aux différents services qui travaillent sur ces sujets – la DREES et la direction de la sécurité sociale – de poursuivre leurs travaux d'analyse. Je compte également sur les travaux en cours au sein du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie au sujet du reste à charge. En cette matière, je me méfie des sondages et enquêtes aux résultats parfois contestables.

J'ai également souhaité que figure, dans la convention d'objectifs et de gestion signée avec la CNAMTS, la mise en œuvre d'un plan de contrôle des dépassements d'honoraires.

M. Éric Woerth, ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique. Avec ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le Gouvernement poursuit l'effort de maîtrise de la dépense, tout en veillant à conserver un très haut niveau de protection sociale et à tenir les engagements du Président de la République quant au renforcement de la solidarité envers les plus fragiles. J'ajoute que le contexte de sortie de crise permet d'afficher, pour 2010, un résultat meilleur que prévu, ce dont chacun, je crois, peut se féliciter.

S'agissant de la branche famille, le déficit s'établira à 2,6 milliards d'euros en 2010 et atteindrait 3,2 milliards en 2011. Mais les deux mesures que Nadine Morano et moi-même proposons permettent de le ramener à 3 milliards. Ces deux mesures consistent à harmoniser les modalités de versement de deux prestations de la branche famille : l'allocation logement et la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). La première mesure aligne la date d'effet des allocations logement sur celle des *minima* sociaux : les allocations logement seraient désormais accordées à partir de la date de dépôt du dossier, et non plus avec une période de rétroactivité de trois mois. Cette mesure permettra une économie de 240 millions d'euros partagée entre la branche famille et l'État.

La seconde mesure harmonise la date d'effet de l'allocation de base de la PAJE sur celle des autres prestations familiales. Désormais, la PAJE serait versée à compter du mois suivant la naissance de l'enfant, comme la plupart des autres prestations familiales. En année pleine, cette mesure devrait permettre de réduire les dépenses de la branche famille d'environ 64 millions d'euros.

Ces deux mesures de rationalisation des dépenses ne remettent évidemment pas en cause le caractère solidaire de notre politique familiale. Tout d'abord, en dépit des difficultés financières, aucune prestation familiale n'est modifiée. En 2011, les prestations familiales feront l'objet d'une revalorisation, conformément aux mécanismes en vigueur : cette revalorisation correspondra au taux d'inflation prévisionnel, soit 1,5 %, niveau qui préserve le pouvoir d'achat des familles.

En outre, nous tiendrons nos engagements pour développer la garde d'enfants. Pour répondre aux besoins des familles et améliorer la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle, notamment pour les femmes, le Président de la République s'est engagé à créer, d'ici à 2012, 200 000 offres d'accueil supplémentaires, dont 100 000 en crèche et 100 000 chez les assistantes maternelles. Ainsi, 1,3 milliard d'euros supplémentaire est consacré à cet objectif dans le cadre de la signature de la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012 entre l'État et la Caisse nationale des allocations familiales, ce qui représente un effort exceptionnel en temps de crise.

Je tiens, enfin, à rappeler que nous consacrons 100 milliards d'euros, soit plus de 5 % de notre PIB, à notre politique familiale. Cela nous permet d'avoir à la fois l'un des meilleurs taux de natalité en Europe et un taux d'emploi des femmes élevé. Cette exception française, nous la préservons et nous la sauvegardons.

Quant à l'ONDAM médico-social, il s'établira à 3,8 % en 2011, grâce à une budgétisation fine, au plus près des prévisions de réalisation des plans, c'est-à-dire sur la base des seules dépenses des établissements et services qui ouvriront ou se médicaliseront effectivement au cours de l'année 2011.

Le Gouvernement poursuit l'effort important de solidarité qu'il a engagé envers les plus fragiles, et ce dans deux directions.

Pour les personnes handicapées, nous poursuivons la mise en œuvre du plan Handicap lancé par le Président de la République lors de la conférence nationale du handicap de juin 2008. Plus de 50 000 places – 38 000 pour les adultes et 12 000 pour les enfants – pourront être ouvertes dans les sept prochaines années. Les objectifs du plan seront tenus en 2011 : grâce à la mobilisation de plus de 245 millions d'euros de ressources nouvelles – soit un taux de progression de l'ONDAM « personnes handicapées » de 3,3 % – plus de 4 600 places en établissements et services seront créées l'année prochaine.

Les dépenses envers les aînés connaîtront en 2011 une progression notable, avec une progression de l'ONDAM « personnes âgées » de 4,4 %. Le

plan de solidarité grand âge que nous mettons en œuvre avec Nora Berra se poursuivra en 2011. Près de 85 000 places en établissement, services, accueil de jour et hébergement temporaire destinées aux personnes âgées dépendantes ont déjà été autorisées, sur les 93 000 prévues. Nous poursuivrons également la médicalisation des maisons de retraite selon le rythme prévu, ce qui représente 80 000 places l'année prochaine.

Par ailleurs, la mise en œuvre du plan Alzheimer est notre priorité en 2011. Premier point : les agences régionales de santé s'impliqueront pleinement dans la mise en œuvre de ce plan afin de créer, comme en 2010, 600 pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) et 170 équipes mobiles de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) renforcés.

Deuxième point : nous lançons le processus de généralisation des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA), qui sont une mesure importante du plan Alzheimer : 35 nouvelles maisons, en plus des 17 maisons expérimentales, seront ainsi créées.

S'agissant de la branche vieillesse, le déficit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s'établiront respectivement, l'an prochain, à 6,9 milliards et 3,8 milliards d'euros. Avec le Président de la République, nous avons engagé la réforme de notre système de retraite pour apporter une réponse durable et structurelle à cette situation et sauvegarder notre régime par répartition, en revenant à l'équilibre dès 2018. Je ne reviendrai pas en détail sur cette réforme que vous connaissez bien, et que je suis en train de défendre au Sénat. Dès 2011, elle commencera à produire ses effets. Sans elle, le déficit de la CNAV aurait été de 10 milliards d'euros en 2011, contre, je le répète, 6,9 milliards après l'entrée en vigueur des mesures prévues.

Évidemment, en 2011, ce sont essentiellement les mesures de recettes qui seront à l'origine de l'amélioration des comptes, car les mesures d'âge n'entreront en vigueur que progressivement. Au total, les recettes nouvelles apporteront 3,5 milliards de financements nouveaux en 2011, dont 3,2 milliards au bénéfice de la CNAV. Le projet de loi de financement comprend certaines des mesures de financement de la réforme, les autres figurant dans le projet de loi de finances.

Le produit de ces mesures sera affecté au FSV. Nous continuons ainsi à clarifier le financement des dépenses de retraite entre, d'une part, les mesures contributives, et, de l'autre, les mesures relevant des dispositifs de solidarité que le FSV doit financer. En 2011, les recettes nouvelles affectées au FSV permettront aux caisses de lui transférer une partie des dépenses liées au financement du minimum contributif.

À côté de ces mesures de recettes, les mesures d'âge rapportent environ 1,7 milliard d'euros à l'ensemble des régimes de retraite obligatoires, de base et

complémentaires, dont un peu plus de 200 millions bénéficieront à la CNAV dès 2011.

J'en viens enfin à la branche accidents du travail et maladies professionnelles. L'allongement du délai de prescription pour les victimes de l'amiante est une mesure de solidarité fondamentale. Le Gouvernement répond ainsi à une attente forte des associations de victimes et des organisations syndicales.

Plusieurs arrêts de la Cour de cassation ont, en effet, souligné que le régime actuel de prescription quadriennale du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) était difficile à mettre en œuvre. Pour 2009 et 2010, un nombre important de demandeurs, 1 000 victimes ou leurs ayants droit, ont vu leur dossier frappé de prescription. Il fallait remédier à cette situation. À la suite de la concertation menée avec les partenaires sociaux et les associations, nous avons redéfini les règles de prescription de façon claire, lisible et adaptée à la prise en compte de la situation des personnes concernées.

Le projet de loi de financement modifie ainsi le régime de prescription spécifique du FIVA selon trois axes : dans un souci d'égalité de traitement, le délai de prescription sera calculé à partir d'un point de départ identique pour toutes les victimes, que leur maladie soit d'origine professionnelle ou environnementale ; le délai de prescription passera à dix ans au lieu de quatre ; enfin, et par souci d'équité avec cet allongement du délai de prescription, un délai supplémentaire de deux ans est accordé aux personnes dont les droits à l'égard du FIVA seraient aujourd'hui prescrits.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Après le choc de la crise, il s'agit d'un projet de loi de financement de convalescence.

Comment, monsieur le ministre du budget, l'État compte-t-il régler sa dette envers la sécurité sociale, dette qui atteignait, à la fin de 2009, 776 millions d'euros, auxquels s'est ajouté 1,1 milliard en 2010, soit un total cumulé de 1,9 milliard à la fin de cette année ?

Le panier fiscal dégage un excédent de 1,6 milliard d'euros en raison de la situation de l'emploi et du moins grand nombre d'exonérations : pourquoi ne pas répartir cet excédent entre les différentes branches de l'assurance maladie ? Cela éviterait d'avoir trop systématiquement recours à la CADES.

Quel bilan tirez-vous, madame la ministre de la santé, de la mise en œuvre des ARS au regard de l'optimisation du parcours de soins ? Les outils sont-ils efficaces ? Qu'en est-il, notamment, de la fongibilité d'un certain nombre d'enveloppes ?

Comment évoluent les effectifs hospitaliers dans le cadre des restructurations ? On n'a pas le sentiment d'une très grande stabilité. Quelle est la politique immobilière des hôpitaux ? Le patrimoine hospitalier est méconnu ; ne

serait-il pas temps de développer une stratégie pour le valoriser, en lien avec les politiques urbaines des communes où ils sont situés ?

Mme la ministre de la santé. En particulier à Paris !

M. le rapporteur pour les recettes et pour l'équilibre général. En effet. La valorisation du patrimoine de l'hôpital public doit d'ailleurs servir les investissements, et pas uniquement les politiques urbaines des villes concernées.

Enfin, monsieur le ministre du travail, votre ministère devait nous remettre un rapport sur les retraites chapeau : pourrions-nous l'avoir rapidement ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ainsi que l'a souligné M. le ministre du budget, pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM a été respecté, bien qu'il ait été plus ambitieux que les années précédentes. Ce succès atteste l'efficacité de la maîtrise médicalisée mise en œuvre par la loi de 2004.

Les organismes complémentaires que j'ai reçus, madame la ministre, m'ont indiqué que, à la suite de la pandémie de grippe A, l'État leur devait un trop perçu : quand et dans quelles conditions pourront-ils le récupérer ?

Le projet de loi prévoit de soumettre les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires dépasse 20 millions d'euros aux mêmes taxes que les autres médicaments. Mais, cette mesure ne me semble guère adaptée, car ces médicaments sont souvent produits par de petites entreprises, dans des secteurs très spécialisés. Le Comité économique des produits de santé (CEPS) m'a indiqué qu'il avait réfléchi à un seuil plus élevé, de 30 millions d'euros : y seriez-vous favorable ?

Quelles sont les mesures législatives reprises du rapport Briet s'agissant du pilotage du futur ONDAM ? Avec un taux de progression de 2,9 %, celui-ci est à la fois réaliste et supérieur à ce que d'aucuns souhaitaient.

Vous nous en direz peut-être plus sur les mesures structurelles : je pense, par exemple, à la hiérarchisation systématique des actes et des prestations ou à la gestion conventionnelle, par le CEPS, des prix et des dispositifs médicaux.

Nous ne pouvons, par ailleurs, qu'acquiescer au relèvement du plafond de ressources de l'aide à la complémentaire santé pour les bénéficiaires de la CMU. Mais, que répondez-vous aux organismes complémentaires, qui nous disent que le projet de loi entraînerait, *ipso facto*, une augmentation des cotisations de 8 à 10 % ?

Pour les professionnels de santé, la vie conventionnelle reprendra après les récentes élections. Nous aimerions avoir des précisions sur le calendrier de reprise des négociations et sur celui de l'enquête de représentativité. Quant à la revalorisation du C, elle ne peut que satisfaire les professionnels.

Que compte faire le Gouvernement sur le dossier de l'assurance en responsabilité civile des professionnels de santé, sujet récurrent chaque année ?

Quid, madame la ministre, du secteur optionnel, que nous avons évoqué lors de la dernière commission mixte paritaire en novembre 2009 ?

Par ailleurs, la date de janvier 2013 pour le passage à la facturation individuelle des établissements publics est-elle réaliste, compte tenu de l'état de leur système d'information ?

Enfin, monsieur le ministre du travail, le FIVA m'a fait part de sa satisfaction quant aux mesures envisagées pour les victimes de l'amiante. Pourriez-vous cependant nous dire un mot sur la nouvelle tarification des accidents du travail et maladies professionnelles à la suite du décret publié cet été ?

Mme Bérengère Poletti, rapporteure pour le secteur médico-social. Le Gouvernement et la majorité se sont engagés, à chaque projet de loi de financement, à mettre en œuvre des politiques massives vis-à-vis des personnes âgées et des personnes handicapées. L'ONDAM médico-social a considérablement augmenté au fil des ans, afin de répondre à ces besoins. Dans un rapport d'information, notre commission a néanmoins soulevé le problème des crédits non consommés. Nous avons donc suggéré de privilégier les crédits de paiement plutôt que les autorisations d'engagement, ce qui est chose faite dans le projet de loi de financement pour 2011, d'où les crédits resserrés pour le secteur médico-social.

Pourriez-vous néanmoins nous communiquer les autorisations d'engagement pour 2011 et les années suivantes ? Comment, *via* les crédits de paiement et les différents plans mis en œuvre, le Gouvernement compte-t-il tenir ses engagements vis-à-vis des personnes âgées et des personnes handicapées ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Comme il l'avait indiqué, le Gouvernement a déposé, au Sénat, deux amendements à la réforme des retraites afin de prendre en compte la situation des mères de trois enfants et celle des parents d'enfant handicapé ; ces deux mesures, dont le coût annuel s'élèvera à 340 millions d'euros, seront financées par des majorations de recettes aujourd'hui affectées au budget de l'État.

Comment envisagez-vous de réorienter ces recettes ? Des amendements en ce sens seront-ils déposés lors du débat à l'Assemblée nationale ?

Anne Grommerch s'associe à moi pour vous interroger sur les retraites chapeau, qui se divisent en deux catégories : celles bénéficiant aux dirigeants des entreprises du CAC 40, d'une part ; celles de 25 % d'ouvriers et de 50 % de techniciens et agents de maîtrise, de l'autre. Si l'on peut taxer autant que l'on veut les premières, il n'en va pas de même des secondes.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille. Le projet de loi de financement contient deux mesures d'économies qui frapperont les familles les plus modestes. En supprimant la rétroactivité du versement des allocations logement, vous souhaitez économiser 240 millions d'euros, mais ce sera au détriment des jeunes qui accèdent le plus difficilement à une formation ou maîtrisent moins l'établissement de leur dossier.

En repoussant la date du versement de l'allocation de base de la PAJE, vous ne visez qu'une simple économie budgétaire – estimée à 64 millions d'euros – au détriment des jeunes parents. Nos familles méritent mieux qu'une baisse des aides, et vos mesures sont en totale contradiction avec vos discours sur le soutien aux familles. Nous pouvions espérer mieux.

Je pense notamment à la réforme des congés parentaux annoncée par le Président de la République en 2008, et dont l'enjeu est majeur, puisqu'il s'agit de permettre aux femmes de mieux concilier leur vie familiale et professionnelle. Nous l'attendons toujours.

Monsieur le ministre du budget, le déficit de la branche famille atteint cette année un niveau historique et s'aggravera encore l'année prochaine, ce qui est d'autant plus inquiétant que cette branche était la seule à dégager des excédents structurels. J'ajoute que le texte voté hier soir risque encore d'alourdir ce déficit.

Vous nous avez confirmé qu'une partie de la CSG destinée à la branche famille serait affectée à la CADES. Vous nous garantissez que cette perte financière sera intégralement compensée, mais les recettes prévues ne sont pas pérennes. Quelles seront donc les conséquences de cette mesure ? La politique familiale devra-t-elle payer la reprise de la dette sociale ?

Quant à la protection de l'enfance, vous connaissez la lourde charge financière qu'elle représente pour les départements. Que pensez-vous de la proposition de certains parlementaires de verser une partie des prestations familiale aux services départementaux en cas de placement de l'enfant ?

Pour ce qui concerne l'accueil des jeunes enfants, j'appelle votre attention sur un problème grave : depuis 2006, 15 000 places en école maternelle pour les moins de trois ans sont supprimées chaque année, soit presque l'équivalent du nombre de places en crèche créées. Faut-il en déduire que l'accueil en école maternelle est amené à disparaître... (*Protestations de plusieurs députés du groupe de l'UMP.*)

Puis-je poursuivre dans le calme, monsieur le président ?

M. le président Pierre Méhaignerie. Oui, à condition de rester mesurée : vous savez bien que la politique familiale de la France, avec 100 milliards d'euros, est la plus importante de l'Union européenne !

Mme la rapporteure pour la famille. Je suis la première députée de l'opposition à m'exprimer : vous pourriez m'écouter !

Faut-il en déduire, disais-je, que l'accueil en école maternelle est amené à disparaître, alors qu'il est moins coûteux pour les parents et les finances publiques ? Pourquoi consentir autant d'efforts d'un côté si c'est pour les annihiler de l'autre ? Le Gouvernement doit clarifier sa position.

La loi du 23 mars 2006 avait prévu un accès prioritaire aux modes de garde pour les femmes isolées. Or, ni les services de l'État, ni les départements, ni les caisses d'allocations familiales n'accompagnent ces familles monoparentales. Que comptez-vous faire sur ce point ? Enfin, pour ces mêmes familles monoparentales, le rapport de la Cour des comptes préconise une réforme de l'allocation de soutien familial qui, de toute évidence, fonctionne mal. Quelles sont les propositions du Gouvernement pour y remédier ?

Ma dernière question concernera la suppression, au 1^{er} janvier 2011, de l'exonération de 15 % de cotisations patronales en faveur des particuliers qui emploient une personne à domicile en acquittant ces cotisations sur la base de l'assiette réelle. Pour une faible économie, on va supprimer le seul levier du développement de la garde d'enfants à domicile, encourager le travail au noir, provoquer des baisses de salaire ou des licenciements, donc une perte de cotisations pour la sécurité sociale. N'existait-il pas, monsieur le ministre du budget, des sources de recettes qui n'auraient pas pénalisé les jeunes parents, tel le plafonnement de la réduction d'impôt ?

On n'a pas, me semble-t-il, mesuré toutes les conséquences de cette mesure injuste !

M. le ministre du budget. M. Yves Bur m'a interrogé sur la dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale. Le sujet sera abordé dans la loi de finances rectificative et nous mobiliserons l'ensemble des ressources compensant les allègements. Au 1^{er} janvier 2007, cette dette s'élevait à 7 milliards d'euros ; au 1^{er} janvier 2009, l'apurement était presque total. Il est vrai que, de par la relance de l'activité, le panier fiscal créé pour compenser les allègements généraux de cotisations patronales, dits « allègements Fillon », est supérieur à la dépense qu'il est censé compenser. Il n'est donc pas illogique de réintégrer dans les comptes de l'État ce qui était originellement destiné à compenser une perte de recettes, qui, dans les faits, n'existe pas. Mais, dans le cadre du schéma de financement de la CADES, nous avons pris l'engagement qu'à l'avenir cet excédent serait affecté au régime général. Le lien sera donc coupé entre les allègements et ce panier, devenu source de recette pérenne pour la sécurité sociale. Cette clarification siéra à la Cour des comptes : elle avait formulé douze réserves l'an dernier ; neuf demeurent – la tendance est donc bonne – dont cette question, que nous traiterons donc dans le collectif.

Madame Clergeau, les affectations de recettes à la CADES relèvent d'une ligne politique, et nous avons finalement choisi de réserver au financement de la branche familiale une partie du produit obtenu par la réduction des niches fiscales. Si la gauche gagne aux élections en 2012, ce que je ne pense pas, vous mènerez une autre politique ; si, comme je le pense et le souhaite, nous sommes reconduits, nous poursuivrons sur cette ligne, dans un schéma qui vise à ne pas augmenter les impôts.

Vous avez critiqué la suppression de l'abattement de 15 points sur les cotisations patronales versées par les particuliers employeurs qui déclarent leurs salariés au régime réel. Je ne peux m'empêcher de penser que, quelle qu'eût été notre décision, vous l'auriez pareillement critiquée. Vous niez l'évidence, à savoir qu'une économie globale de 40 milliards d'euros doit être faite, et que nous devons trouver ces 40 milliards quelque part. La suppression de cet abattement est une mesure juste : tout en préservant l'avantage fiscal consenti en faveur des aides à domicile, nous supprimons une disposition incitative décidée en son temps pour relancer un dispositif qui avait au demeurant été, pour partie, affaibli par Mme Aubry. Il y a une certaine incohérence à vous entendre maintenant défendre un dispositif qu'à l'époque vous décriviez comme un avantage accordé aux riches ! La suppression de l'abattement, qui rapportera 300 millions d'euros au budget, s'inscrit, je le répète, dans une politique globale tendant à réduire de 40 milliards le déficit du pays.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je souhaitais moi-même vous aider à réduire les aides destinées aux ménages à hauts revenus – puisque les exonérations de cotisations pour les aides à domicile concernent au premier chef les familles les plus aisées –, mais je constate que vous avez changé d'opinion.

Mme la ministre de la santé. M. Yves Bur m'a interrogée sur la fongibilité des enveloppes mises à la disposition des agences régionales de santé. Je me suis de longue date déclarée très favorable à une grande fongibilité pour donner une marge de manœuvre aux agences régionales. Il ne s'agit pas d'instaurer une fongibilité intégrale : dans tous les cas, la fongibilité ne pourrait être qu'asymétrique, en faveur de la prévention et des dépenses médico-sociales, et certains crédits ne peuvent être déconcentrés. C'est le cas, par exemple, des crédits du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), destinés au financement de programmes d'investissement lourds dont la nature exceptionnelle rend difficile une répartition *a priori* entre les régions. La fongibilité des fonds sera instituée progressivement, car elle implique une refonte globale de nos procédures, qui prendra du temps. Cela étant, le Gouvernement a souhaité franchir une étape importante dès 2011 en instaurant la fongibilité entre l'enveloppe régionale du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) et celle du FMESPP. Je déposerai un amendement en ce sens au nom du Gouvernement lors de la discussion du texte en séance publique.

La politique immobilière est une condition essentielle de la modernisation des hôpitaux. L'architecture pavillonnaire des établissements anciens ne

correspond plus aux exigences des soins hospitaliers. Il fallait définir une politique globale et j'ai demandé à l'Inspection générale des affaires sociales de dresser un bilan de la situation actuelle. D'une manière générale, nous invitons les hôpitaux à mieux valoriser leur patrimoine, notamment le patrimoine non affecté aux activités médicales, soit par des cessions, soit en optimisant la location. Ainsi, en 2009, les produits de cession ont rapporté 40 millions d'euros aux Hôpitaux civils de Lyon et 20 millions d'euros à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). À ce sujet, j'aimerais que la Mairie de Paris évalue le patrimoine immobilier de l'AP-HP de manière plus objective qu'elle ne le fait parfois, par exemple lorsqu'elle estime à 70 millions d'euros l'emprise de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, que mon ministère a évaluée à 130 millions. Je souhaite que la Ville ait une conception plus éthique de ses évaluations immobilières.

Entre 2001 et 2009, les effectifs hospitaliers ont augmenté de 12,5 % pour les personnels médicaux, de 14 % pour les internes et de 9 % pour le personnel non médical. La progression des effectifs a ralenti depuis 2007 sous l'effet du plan de retour à l'équilibre de certains établissements, mais je rappelle que la règle du non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant à la retraite ne s'applique pas à l'hôpital et que le secteur hospitalier est l'un de ceux qui embauchent le plus.

Comme vous l'avez souligné, monsieur Door, l'ONDAM sera respecté en 2010 pour la première fois depuis 1997, la mise en réserve de crédits ayant permis de couvrir intégralement tout risque de dépassement cette année. Toutes les conclusions du rapport Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie ont été validées par le Président de la République. Deux des recommandations supposaient une transcription dans la loi ; elles figurent dans le projet de loi de financement pour 2011. La première mesure consiste à étendre les prérogatives du comité d'alerte, qui sera dorénavant chargé d'établir une expertise technique sur les hypothèses sous-jacentes à la construction de l'ONDAM. Les membres du comité d'alerte devront se prononcer, au plus tard le 15 octobre de chaque année, sur l'existence éventuelle d'une erreur manifeste qui pourrait affecter la sincérité de l'ONDAM. La deuxième mesure prévoit que le comité d'alerte rendra un nouvel avis sur le respect de l'ONDAM de l'exercice en cours, le 15 avril au plus tard. Il analysera alors les conséquences sur le respect de cet objectif des anticipations de réalisation de l'ONDAM de l'année précédente.

Ces dispositions compléteront les autres mesures issues du rapport. Je les rappelle pour mémoire : mieux informer le Parlement et les membres de la Commission des comptes de la sécurité sociale en détaillant précisément la construction de l'ONDAM ; rendre pluriannuelle la programmation de l'ONDAM, à l'instar de ce qui est prévu dans la loi de programmation des finances publiques ; instaurer un comité de suivi statistique se réunissant tous les mois et chargé d'informer un comité de pilotage de l'ONDAM ; d'ici à 2012-2013, abaisser progressivement à 0,5 % de l'ONDAM voté – contre 0,75 % actuellement – le seuil d'alerte, soit un seuil maximum de dépassement d'environ 0,8 milliard d'euros ; conditionner l'application effective des mesures nouvelles prévues par la loi de financement ou de mesures nouvelles non prévues dans le projet de loi

initial au respect effectif de l'ONDAM en cours d'exécution ; enfin, mettre en réserve préventivement une fraction des crédits budgétaires en début d'année qui pourront être délégués sous réserve du respect de l'ONDAM. Ainsi, 530 millions d'euros de crédits seront mis en réserve pour 2011.

M. Gérard Bapt. Selon quelle méthode, madame la ministre ? Par rabotage généralisé ou par chapitre ?

Mme la ministre de la santé. Je vous ferai part du détail.

M. Door a salué le relèvement du plafond donnant accès à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. C'est en effet un progrès substantiel, puisque ce plafond passera, au 1^{er} janvier en 2011, à 799 euros par mois pour une personne seule vivant en métropole et à 839 euros à partir du 1^{er} janvier 2012. Les dépenses nouvelles qui en résulteront s'élèveront à 23 millions d'euros en 2011 et à 64 millions en 2012.

Vous m'avez interrogée sur l'impact des mesures d'économie proposées dans le projet de loi de financement pour 2011 sur les organismes complémentaires. En tout, 470 millions de charges nouvelles devront être absorbées en 2011, dues pour 369 millions à l'impact des dispositions envisagées dans le projet de loi et pour 101 millions à la revalorisation des honoraires de consultation des médecins généralistes. Il convient cependant de déduire de cette charge les économies de 341 millions dues à la maîtrise médicalisée des dépenses – diminution de prix des médicaments et efficacité de l'offre de santé – également définies dans le projet de loi. Les charges des organismes complémentaires s'accroîtront donc en réalité, du fait du projet de loi, de seulement 129 millions d'euros nets. Si l'on tient compte de l'effet, en 2011, du passage de 35 % à 15 % du taux de remboursement de certaines molécules à service médical rendu faible – environ 136 millions d'euros –, l'accroissement de charges sera, pour les organismes complémentaires, de 260 millions d'euros nets. Or, 1 point de hausse de cotisations absorbe 320 millions de charges nouvelles. Par ailleurs, dans son rapport de 2008, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie concluait que, sous l'effet conjugué du vieillissement de la population et de la part croissante des affections de longue durée, remboursées à 100 % par l'assurance médicale obligatoire, la prise en charge des dépenses par l'assurance maladie tend à s'accroître d'environ 600 millions d'euros par an – un facteur qui limite l'impact de ces hausses de charges sur les cotisations.

Autrement dit, les mesures présentées dans le projet de loi de financement pour 2011 se traduiront inévitablement par une augmentation des cotisations aux organismes complémentaires, mais rien ne justifie une hausse massive : les 129 millions d'euros nets de charges supplémentaires auront un impact très modéré puisqu'une augmentation d'un point de cotisations suffit à couvrir 320 millions de charges nouvelles.

Vous avez évoqué la modification de la contribution exceptionnelle demandée aux organismes complémentaires lors de la campagne vaccinale contre la grippe A(H1N1). Nous avons eu l'occasion de traiter du coût de cette campagne lors de la commission d'enquête parlementaire, mais je tiens à redonner les chiffres exacts, pour en finir avec les estimations erronées qui continuent de circuler dans la presse, et dont certaines émanent de membres de la commission d'enquête parlementaire, qui devraient pourtant savoir à quoi s'en tenir.

Je le redis donc, le coût de la campagne vaccinale a été un peu supérieur à 500 millions d'euros, dont 420 millions représentent le coût des vaccins et des consommables, ainsi que les frais de résiliation des contrats d'approvisionnement, la logistique et l'indemnisation des personnels de santé requis pour ces opérations. À ce montant s'ajoutent quelque 90 millions d'euros portés à la charge du ministère de l'intérieur pour la gestion des centres de vaccination. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a créé une contribution exceptionnelle afin d'assurer la participation des organismes complémentaires à cette campagne, dont le montant attendu était de 250 millions d'euros. Compte tenu de la résiliation d'une partie des commandes de vaccins et du don de vaccins à l'Organisation mondiale de la santé, à la charge exclusive de l'État, la participation des organismes complémentaires ne représente plus que 110 millions d'euros, et le projet de loi de financement pour 2011 permettra de régulariser en conséquence le taux de la contribution.

Les honoraires de consultation des médecins généralistes seront portés à 23 euros. Lorsque les négociations conventionnelles se sont interrompues, avant les élections professionnelles, de nombreux dossiers restaient à l'étude, dont celui de la contribution des organismes complémentaires ou encore celui de la sécurité du dispositif. Ce travail doit donc être mené à son terme. La reprise des négociations sera l'occasion de reparler du secteur optionnel.

J'en viens aux médicaments orphelins. La mesure envisagée dans l'ONDAM pour 2011 consiste à supprimer trois exonérations de taxe accordées aux médicaments orphelins, qui réalisent un chiffre d'affaires supérieur à 20 millions d'euros par an. Le chiffre d'affaires des médicaments orphelins est en forte croissance : + 26 % en 2006, + 40 % en 2007, + 41 % en 2008 et, en 2009, + 14 % pour un montant de 1 milliard d'euros. Cinquante-sept médicaments orphelins disposant d'une autorisation de mise sur le marché sont pris en charge actuellement, dont 14 ont un chiffre d'affaires supérieur à 20 millions. Il convient d'évidence de recentrer les aides fiscales sur ceux dont le chiffre d'affaires est faible. Vous avez évoqué l'hypothèse consistant à porter le seuil d'exonération de taxes pour les médicaments orphelins à 30 millions d'euros de chiffre d'affaires. Le président du Comité économique des produits de santé avait retenu ce seuil dans ses évaluations. Or, elles montrent que l'écart d'assiette serait de quelque 110 millions d'euros et que seuls quatre médicaments seraient exonérés dans la fourchette comprise entre 20 et 30 millions de chiffre d'affaires, contre dix médicaments réalisant plus de 30 millions de chiffre d'affaires. L'impact d'une telle mesure, monsieur le rapporteur, serait donc important.

M. le ministre du travail. Le rapport sur les retraites chapeau vous sera remis dans les tout prochains jours.

Monsieur Door, par la nouvelle tarification de cotisations dues au titre de la branche AT-MP, qui résulte du décret publié le 7 juillet dernier, nous souhaitons que l'évolution du taux de sinistres soit immédiatement répercutée dans les taux de cotisation. Il est très important qu'il en soit ainsi, car l'évolution des tarifs a permis de réduire le nombre des accidents du travail. D'ailleurs, s'il y a davantage de maladies professionnelles dans notre pays qu'auparavant, on y dénombre désormais moins d'accidents du travail que par le passé. Nous comptons sur ce décret pour améliorer encore la situation et rendre le dispositif plus immédiatement compréhensible.

Vous avez fait référence, monsieur Jacquat, aux mesures supplémentaires annoncées au Sénat à propos de la réforme des retraites, en faveur des mères de trois enfants et des parents d'enfant handicapé. Le financement de ces mesures nouvelles se fera d'une part dans le projet de loi de finances pour 2011 par la hausse de 2 % du prélèvement forfaitaire sur les plus-values immobilières et, d'autre part, par un amendement au projet de loi de financement pour 2011 prévoyant l'augmentation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, qui passeront de 2 % à 2,2 %. Ces recettes supplémentaires seront pour les unes transférées à la sécurité sociale, pour les autres au Fonds solidarité vieillesse.

S'agissant des retraites chapeau, les petites rentes posent effectivement problème, notamment dans les systèmes désormais fermés mais qui ont, à un moment donné, bénéficié à tous les salariés d'une entreprise. Ce ne sont évidemment pas ces rentes-là qui sont visées ; nous sommes conscients de la difficulté et nous travaillons à apporter une solution satisfaisante à cette difficulté.

Mme Nora Berra, secrétaire d'État chargée des aînés. Mme Poletti peut être rassurée : le Plan solidarité-grand âge sera respecté. Ses objectifs ont déjà été atteints à 91 % avec 93 000 ouvertures sur les 96 000 prévues et les autorisations d'engagement se poursuivront en 2011, pour un montant qui atteindra 55 millions d'euros d'ici à 2012.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il serait intéressant de connaître la situation géographique des places créées.

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille et de la solidarité. Les mesures relatives à la branche famille prises par le Gouvernement auront des conséquences sur les dépenses mais aussi sur les recettes, car nous avons pris des mesures de bonne gestion indispensables. Le président Méhaignerie a rappelé, à juste titre, que notre politique familiale française est au premier rang européen, avec une dépense de 100 milliards d'euros, soit 5,1 points du PIB. Nous avons décidé d'appliquer, l'année prochaine, les mécanismes normaux d'augmentation de toutes les allocations familiales. Nous aurions pu faire un autre choix politique, celui de geler ces prestations...

S'agissant, madame Clergeau, du mode de garde des enfants âgés de 2 à 3 ans, le Gouvernement est très attaché à l'école maternelle...

Mme la rapporteure pour la famille. À l'évidence ! C'est pourquoi vous supprimez 15 000 places en maternelle !

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille. Le droit à l'école maternelle concerne les enfants âgés de trois ans. Avant, il y a des secteurs de préscolarisation. Le Gouvernement s'est engagé, en signant la convention d'objectifs et de gestion 2009-2012, à ce que l'augmentation moyenne des crédits du Fonds national d'action sociale soit de 7,5 % par an pendant cette période, soit au total 1,3 milliard d'euros, pour garantir la création de 200 000 offres de garde supplémentaires. Je déplore que vous n'ayez pas voté la mesure prévoyant quatre agréments au lieu de trois pour les assistantes maternelles : grâce à ce dispositif souple, nous avons déjà créé 21 300 places supplémentaires en 2009. Nous avons aussi créé 12 500 places de crèches et 32 500 solutions nouvelles d'accueil. Tel est le bilan établi par la CNAF. Les femmes qui travaillent bénéficient donc bel et bien d'un rythme important de création de places, qui leur permettent de faire garder leurs enfants dans de bonnes conditions. J'ajoute que, sur ce 1,3 milliard, 73 millions d'euros sont consacrés à créer près de 3 000 places d'accueil supplémentaires dans les 215 quartiers prioritaires dans lesquels le taux d'emploi des femmes est de 10 % inférieur à la moyenne nationale, faute de lieux de garde adaptés. Nous avons souhaité, là encore, être pragmatiques et efficaces.

Il est très difficile d'envisager de verser aux départements les prestations familiales pour les enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance. Cette dépense relève de la branche famille de la sécurité sociale, qui n'est pas compétente en matière de protection de l'enfance et n'a pas vocation à le devenir. Si les choses doivent évoluer à ce sujet, il ne paraît pas raisonnable de le faire au détour d'un amendement dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement.

Un groupe de travail se consacre à la situation des familles monoparentales, que nous nous attachons à mieux accompagner. Il s'est réuni cinq fois depuis 2009 et il se penche en particulier sur la réforme de l'allocation de soutien familial différentielle.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je puis comprendre insatisfactions, mécontentements et critiques. Mais la presque totalité des pays voisins ont réduit leurs prestations ; à tout le moins, ils ne les ont pas augmentées. Pour notre part, nous les avons augmentées de 5 % l'année dernière et de 3 % cette année. Yves Bur, Gilles Carrez et moi-même sommes allés rencontrer nos collègues présidents de commission du *Bundestag* et le ministre des finances allemand. La France a-t-elle pris conscience, nous ont-ils demandé, qu'une mondialisation est en cours, et de ses indispensables conséquences sur la maîtrise des dépenses publiques pour sauvegarder l'emploi ? « Vous autres Français, vous continuez d'augmenter vos prestations sociales alors que nous les avons réduites, y compris sous le gouvernement Schröder, pour protéger nos emplois. » Je mesure le poids des

critiques, mais je pense quelles doivent être relativisées au vu de ce qui se passe actuellement dans les autres pays européens.

Mme Marisol Touraine. Je déplore les conditions dans lesquelles se tient cette audition. Notre commission se réunit pour entendre les ministres au même horaire que l'année dernière, et il est aussi peu satisfaisant. Il me paraît pourtant que l'on pourrait trouver une autre heure plus appropriée.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je n'ai pas d'objection à ce que, l'an prochain, nous engagions cet examen à l'issue des questions au Gouvernement plutôt qu'immédiatement après le Conseil des ministres.

Mme Marisol Touraine. Nous n'y verrions que des avantages.

Monsieur Baroin, permettez-moi de vous dire, avec tout le respect que je vous dois, que ce n'est pas parce que vous allez répétant cent fois que vous ne voulez pas augmenter les impôts que la réalité ne sera pas que vous les aurez augmentés ! La réduction des niches fiscales, tout comme la liasse de documents que vous avez transmise à la Commission européenne pour démontrer que vous entendez réduire le déficit public, impliquent en soi une augmentation des impôts !

Le projet qui nous est présenté semble avoir été élaboré au fil de l'eau ; quoi qu'il en soit, il ne permet pas de relever les défis auxquels notre pays est confronté et, ce faisant, il menace notre protection sociale. Combien était préoccupant le débat d'hier soir, au cours duquel vous avez fait état du transfert précipité et non préparé d'une fraction de la CSG vers la CADES. La sécurité sociale, et la branche famille en particulier, n'a vraiment pas besoin de cet affaiblissement supplémentaire ! De même, la baisse du niveau des pensions est engagée avec la réforme et le sacrifice du Fonds de réserve pour les retraites. Et encore, madame la ministre : l'augmentation du reste à charge ne laisse pas d'inquiéter. Bien sûr, vous choisissez le cas intéressant des personnes hospitalisées, mais la réalité est que, en quatre ans, de 2005 à 2009, le reste à charge a augmenté de 9 % et que la part de la sécurité sociale dans cette dépense ayant diminué de 2 %, c'est celle des organismes complémentaires qui a progressé, ce qui est contraire au principe de la solidarité. Et pour les soins quotidiens, compte tenu des dépassements d'honoraires, vous savez très bien que le reste à charge est de quelque 50 % pour les assurés. Il y a des exemples concrets de remise en cause de la protection sociale, qui interrogent. Vous vous félicitez de l'augmentation, réelle, du nombre de personnes concernées par l'aide apportée à l'accès aux organismes complémentaires. Soit ! Mais, dois-je vous rappeler qu'en 2006 votre prédécesseur, M. Xavier Bertrand, avait fixé à 2 millions le nombre de personnes concernées ? Qu'allez-vous faire pour améliorer la situation ? Entendez-vous rehausser le plafond d'accès à la CMU-C pour englober tous ceux qui vivent sous le seuil de pauvreté ?

S'agissant de la branche famille, contrairement à ce qu'ont affirmé M. Baroin et M. le président de la commission, l'abattement de 15 % sur les

cotisations patronales consenti lors de l'application du régime du réel aux employés à domicile ne profite pas spécifiquement aux plus hauts revenus : il vaut tout aussi bien pour les ménages à revenus moyens, qui emploient les services d'une femme de ménage 4 heures par semaine. La position que nous défendons est en parfaite cohérence avec celle que nous avons toujours défendue. Nous avons déposé un amendement en Commission des finances tendant à réduire le seuil d'exonération auquel on peut prétendre ; mais cette mesure, qui aurait été plus juste, a malheureusement été rejetée par le Gouvernement.

Un projet de loi de financement ne remettant pas en cause la protection sociale suppose que l'on engage enfin une politique structurelle, notamment pour l'assurance maladie – et je ne reviendrai pas sur le débat relatif aux retraites.

Nous savons tous quelle est la réalité des dépassements d'honoraires. Le constat est fait : êtes-vous prêts à les limiter et à les plafonner ?

Les dispositions de la loi dite « HPST » semblent, pour ce qui est de la médecine de premier recours, être un échec. Très peu de mesures concernaient l'installation de médecins en zones déficitaires en offre de soins. Que proposez-vous, à présent que vous avez retiré toutes les mesures qui permettraient de mieux répondre à la demande de soins de proximité ? Êtes-vous prête, madame la ministre, alors que la loi le permet déjà, à vous engager dans une réorganisation de la rémunération des médecins pour vous orienter vers une rémunération non plus à l'acte, mais au forfait ?

S'agissant des effectifs hospitaliers, vos propos m'étonnent au moment où la pénurie de personnel rend les difficultés manifestes. L'hôpital Tenon, à Paris, contraint de fermer son service d'urgence il y a une semaine, a dû rediriger une centaine de malades vers l'hôpital Saint-Antoine, et il ne fonctionne toujours pas normalement. Pourriez-vous nous indiquer précisément le nombre d'embauches de personnel médical dans les hôpitaux publics au regard du nombre des départs en retraite, le nombre d'emplois de médecins, la nature des contrats signés et l'évolution constatée depuis l'an dernier ?

Mme Jacqueline Fraysse. Je proteste à mon tour sur les conditions de travail qui nous sont faites, qu'il s'agisse de l'horaire auquel nous siégeons ou de la date à laquelle les textes nous ont été transmis. Nous sommes mercredi ; nous avons l'obligation de déposer tous les amendements lundi prochain au plus tard ; nous disposons donc de deux jours ouvrés ! Les choses ne cessent de s'aggraver.

M. le président Pierre Méhaignerie. À mon initiative, l'expiration du délai réglementaire pour le dépôt des amendements a été repoussé de vendredi à lundi.

Mme Jacqueline Fraysse. C'est heureux, monsieur le président, car si nous n'avons ni le temps de lire les projets ni d'y travailler, ni de les amender, à quoi bon être là ?

J'ai été assez époustouflée par l'autosatisfaction générale qui a marqué les interventions de nos excellents ministres. Il faut vraiment ne pas manquer de souffle pour nous expliquer que, finalement, les choses ne vont pas mal, sinon mieux et que tout aurait pu être pire, puisque l'on aurait pu geler les prestations familiales.

Vous sentez-vous vraiment bien dans ce rôle ?

Le déficit sera maintenu à plus de 23 milliards d'euros l'an prochain, toutes les branches sont à présent en difficulté et toutes les caisses ont rejeté votre projet de loi !

S'agissant de la branche famille, au-delà des mesures pénalisantes que vous avez prises pour la PAJE et pour l'aide au logement, et alors qu'en raison de la crise les besoins explosent, vous avez décidé de réduire les ressources correspondantes, puisque nous savons déjà que 1,2 milliard d'euros manqueront en 2013, parce que vous n'avez pas affecté à cette branche des ressources pérennes. Dans le même temps, vous maintenez des allègements de charges sociales patronales sur les bas salaires pour une dépense de plus de 21 milliards en continuant d'affirmer qu'elles sont « utiles pour l'emploi ». Comme cela ne se traduit pas par une explosion visible de créations d'emplois, pourriez-vous nous dire sur quelles études précises vous fondez cette appréciation ?

Schématiquement, toutes les mesures que vous prenez participent de la même stratégie de démolition de notre système solidaire, que, la main sur le cœur, vous prétendez défendre – une stratégie qui consiste à refuser d'affecter des recettes nouvelles à la protection sociale. Cela conduit bien sûr à la réforme des retraites que l'on sait, mais aussi à la réduction du taux de couverture de l'assurance maladie dont Marisol Touraine a rappelé le mécanisme en quelques mots. Vous faites ainsi une place toujours croissante aux organismes complémentaires que tous ne peuvent pas s'offrir. Et pendant ce temps, la situation des malades s'aggrave.

Vous construisez délibérément le déficit de l'hôpital public pour le lui reprocher ensuite sévèrement en lui appliquant des mesures draconiennes. Je passe, à ce sujet, sur les événements inouïs qui viennent de se produire à l'hôpital Trousseau. Et l'on continue d'affirmer qu'il y a trop de personnel ! On fixe l'ONDAM en augmentation de 2,9 %, alors que la croissance nationale des charges des budgets des établissements est de 3,2 % ! Procéder de la sorte, c'est décider sereinement de mettre l'hôpital en déficit.

Quand, madame la ministre, le rapport sur la convergence des tarifs public-privé nous sera-t-il remis ?

Enfin, vous nous expliquez qu'il faut fermer des maternités au motif qu'elles seraient insuffisamment équipées et de ce fait dangereuses, mais que l'on ouvrirait par ailleurs des maisons de naissance dont nul ne connaît le statut, le mode de financement, ou les modalités de fonctionnement ? Le procédé peut

paraître achronique, mais j'ai quelque idée du cheminement vers le privé qui le sous-tend.

M. Guy Malherbe. Le projet de loi de financement pour 2011 marque une nouvelle économie sur les médicaments ; il me paraît que l'on a atteint le point d'étiage à ce sujet.

Où en est la refonte du modèle de rémunération des pharmaciens d'officine ? Un groupe de travail constitué sous votre autorité, madame la ministre, a remis un rapport dans lequel des propositions sont formulées. J'observe qu'aucune mesure à ce sujet n'est reprise dans le projet de loi, mais des mesures réglementaires pourraient intervenir. Qu'en sera-t-il ?

Qu'en est-il, madame Berra, du rapport sur l'expérimentation des forfaits « soins » dans les EHPAD ? A-t-il été remis au Gouvernement et, si oui, quand en prendrons-nous connaissance ? J'ai cru comprendre que l'expérimentation ne semble pas parfaitement concluante ; ne convient-il pas d'en reporter la généralisation ?

M. Patrick Roy. Les propos des ministres sont particulièrement choquants. La preuve est faite, année après année, et cette année encore, que la droite est la championne des déficits et des mensonges. Des mensonges répétés ne font pas des vérités. Entendre notamment M. Woerth affirmer à quel point le budget qu'il nous présente permet la maîtrise des dépenses et favorise l'accès aux soins pour tous conduit à espérer qu'au moins il ne croit pas lui-même ce qu'il dit ! Quant à M. Baroin, pourrait-il nous expliquer pourquoi, alors que de tels déficits inquiètent, il ne s'intéresse qu'à la marge aux revenus du capital ? Ce serait pourtant un exercice de bonne gestion, mais les menues inflexions en ce sens ne sont là que pour l'affichage et elles comptent pour bien peu rapportées à la masse de ce qui est demandé aux salariés.

Dans un tout autre domaine, je suis très attaché à l'accueil des enfants en maternelle dès l'âge de deux ans et je me dois de dire à Mme Morano que leur accueil régresse fortement, notamment dans les quartiers défavorisés.

M. le président Pierre Méhaignerie. Je souhaite rappeler qu'après 1982-1983, période à laquelle je siégeais déjà à l'Assemblée nationale, le pouvoir d'achat a fortement baissé. Cette époque – 1983-1988 – est la seule pendant laquelle la part des salaires a baissé de 8 points dans la valeur ajoutée par rapport à la rémunération du capital, et nous avons connu deux dévaluations successives. Il faut mesurer ce qu'est la réalité du monde : j'organiserais volontiers un voyage d'études avec les responsables de chaque parti pour leur permettre de constater ce qui se passe autour de nous.

Mme Jacqueline Fraysse. Cela ne justifie rien ! Les gouvernements des pays voisins peuvent prendre des mesures similaires aux vôtres, cela n'empêche pas les peuples de crier leur colère !

M. le président Pierre Méhaignerie. Restez dans une bulle toute française et vous vous fracasserez sur la réalité dans les trois mois !

M. Jean Mallot. L'ONDAM sera donc tenu en 2010. Dont acte, mais à quel prix ! Quarante pour cent des Français reportent des soins ou y renoncent pour des raisons financières. En 2008, 9 millions de Français se sont privés de soins faute d'argent. Les dépenses de santé restant à leur charge ont augmenté de 50 % en dix ans. Le système de protection sociale est devenu plus inégalitaire : vous le savez, mais vous ne le reconnaissez pas.

S'agissant des projet de loi de financement successifs, vos hypothèses économiques sont glissantes, mais avec des constantes : un taux de croissance toujours fixé à 2,5 % mais qui a la particularité, comme l'horizon, de reculer à mesure que l'on avance vers lui. Pour ce qui est de la masse salariale, vous avez revu vos prévisions premières à la baisse. En bref, vos hypothèses économiques montrent leur fragilité habituelle, ce qui devrait vous conduire à ne pas trop vous fonder sur elles – vous y conduire d'autant moins que vous les révisiez tous les six mois. Incidemment, ces révisions successives disent assez le crédit que l'on peut accorder aux hypothèses à cinquante ans contenues dans le rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR) auquel vous aimez tant vous référer pour justifier votre réforme des retraites. Les conclusions de l'annexe B montrent un déficit très comparable à celui de cette année : on ne peut vraiment pas dire que vous preniez des mesures pour rétablir l'équilibre, ni en 2011 ni au cours des trois années suivantes.

S'agissant ensuite de votre manière de traiter le déficit de la branche vieillesse, vous vous apprêtez à pomper flux et stocks du Fonds de réserve pour les retraites, mais, ce faisant, vous ne réglez en rien la question de la dette à venir des branches famille et maladie soit, selon vos propres prévisions, 45,2 milliards pour les deux. Comment prévoyez-vous de résorber ces nouveaux déficits ? Si c'est de nouveau par le biais de la CADES, avec quel financement en contrepartie ?

Mme Edwige Antier. Mes remerciements vont à Mme Morano, qui a le courage de ne pas se défausser d'une partie de son budget sur l'Éducation nationale au prétexte de scolariser les enfants de deux ans, ce qui permet de multiplier les places en crèches et en jardins d'enfants, où ils sont bien mieux. Comment prétendre qu'une institutrice débordée puisse développer l'acquisition du langage chez des petits encore en couches, dans une classe de vingt-cinq enfants ? Je le répète, rien ne vaut, pour ces bambins, crèches et jardins d'enfants.

Je demande, par ailleurs, à Mme Morano et à M. Baroin de protéger avec vigilance la PAJE, prestation familiale créée par M. Bas et par Mme Hermange qui a professionnalisé la garde d'enfants. Sa disparition ferait courir le risque de voir réapparaître les gardes d'enfants peu sûres et le travail au noir.

Les maisons de naissance m'inspirent, madame la ministre de la santé, une petite crainte. Il ne faudrait pas que, après avoir eu le courage de fermer de petites maternités à haut risque, on en vienne à les remplacer par de nouvelles structures qui ne seraient pas plus sûres. Les maisons de naissance doivent absolument être mitoyennes des maternités de niveau 2 et de niveau 3.

Enfin, l'article 35 du projet permettra que des accords cadres soient passés avec les représentants des fabricants de dispositifs médicaux. J'avais, l'année dernière, déposé un amendement en ce sens, rejeté car jugé d'ordre réglementaire. Je suis heureuse que l'on y revienne, mais il faut associer à l'élaboration des accords la Fédération de l'hospitalisation privée : on verra alors que les prix, mieux négociés, baisseront.

Mme Michèle Delaunay. Dans le raboutage des niches fiscales, monsieur le ministre du budget, vous avez à juste titre écarté les dons ; cependant, ne serait-il pas judicieux de revoir la notion de reconnaissance d'utilité publique ? Celle de certaines associations ou fondations, qui servent en réalité des intérêts privés, apparaît en effet discutable.

Par ailleurs, nous avons été interpellés par ce que nous a dit M. Didier Migaud au sujet de la radiologie, dont le coût élevé empêche les investissements publics en imagerie, investissements qui permettraient à terme des économies. J'aimerais donc que l'on s'interroge sérieusement sur la fongibilité asymétrique en direction du privé instituée par la loi dite « HPST ». Puisqu'il s'agit d'argent public, quand la Cour des comptes pourra-t-elle avoir, madame la ministre de la santé, un droit de regard sur les établissements privés et leurs pratiques ?

Enfin, pour les handicapés, les médicaments dont le taux de remboursement passera de 35 à 30 % ne sont pas de confort, mais de nécessité – telles certaines crèmes ou chaussettes de contention. Les personnes concernées, dont les revenus sont souvent très faibles, ressentent durement, un peu comme une humiliation, une telle décision. Je serais donc très heureuse que vous y renonciez.

M. Michel Issindou. Projet après projet, on ne règle pas le problème de fond, à savoir les déficits. On peut certes se réjouir, monsieur le ministre du budget, de passer de 27 milliards d'euros à 23 milliards en 2010. Mais, année après année, ces déficits s'accumulent.

Vous répétez qu'il n'est pas question d'augmenter les prélèvements obligatoires ; on peut entendre ce discours, mais il conduira inévitablement à dégrader notre protection sociale, de sorte que nos concitoyens devront de plus en plus se tourner vers les organismes complémentaires et le système privé. Bref, soit vous campez sur votre dogme, soit vous en sortez, ce dont, d'ailleurs, les Français vous sauraient gré, dès lors que cela permettrait de préserver notre haut niveau de protection sociale.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. L'ONDAM médico-social, dont la progression s'établit à 3,8 %, prend désormais en compte les ouvertures réelles de

places. Le rapport de Bérengère Poletti consacré à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) avait, en effet, mis en évidence les non-consommations de crédits. L'article 47 du projet de loi de financement y remédie, mais j'aimerais savoir comment, au-delà des crédits de paiement, nous pourrions désormais suivre les engagements, s'agissant notamment des plans et de leur suivi. La mission d'information présidée par Laurence Dumont avait d'ailleurs souligné cette difficulté. Je souhaite vous poser la même question au sujet des agences régionales de santé, même si je crois savoir qu'un bilan sera dressé à la fin de l'année.

J'aimerais également avoir des précisions sur les créations de places pour les personnes handicapées, notamment les enfants. On a parlé de 4 600 places en 2011, ce qui me paraît peu. Combien sont prévues pour les enfants, et combien pour les adultes ? Y a-t-il des mesures nouvelles pour les cas spécifiques, tels que l'autisme ?

Enfin, beaucoup de personnes concernées par la CMU-C connaissent de graves difficultés, que celles-ci soient liées à un handicap ou à des ressources inférieures au seuil de pauvreté. Je crains, à cet égard, que les revalorisations proposées à l'article 18 ne soient insuffisantes, d'autant que les mesures de déremboursement pénalisent déjà beaucoup ces personnes.

Mme Catherine Génisson. Comme le rappelait Michel Issindou, nous devons avoir un débat de fond et serein sur notre système de protection sociale.

J'évoquerai à cet égard deux sujets, en commençant par les ALD.

Vous avez dit, madame la ministre de la santé, que l'hypertension artérielle isolée n'en ferait désormais plus partie. Pourquoi ne pas aborder sereinement et dans sa globalité la question des ALD, plutôt que d'en restreindre ainsi le champ par petites touches ?

Le second point concerne les parts respectives, dans notre système de protection sociale, du régime général et des mutuelles ou organismes assuranciers. De façon insidieuse, année après année, la part du premier diminue au profit des seconds. Vous avez parlé, madame la ministre de la santé, de la prise en charge des pathologies dentaires et ophtalmologiques, en évoquant d'ailleurs un « marché » des assurances complémentaires. Ces domaines, notamment en matière de prévention, ne relèvent-ils à vos yeux que du système mutualiste et assurantiel ?

S'agissant de la parité des ONDAM de la médecine de ville et de l'hôpital, des mesures précises en faveur de la permanence des soins sont-elles prévues ? Marisol Touraine évoquait les insuffisances de la loi dite « HPST » en matière de médecine de premier recours ; or les difficultés ne cessent de s'aggraver, notamment pour les hôpitaux, qui, de plus en plus souvent, doivent assurer seuls la permanence des soins.

Que pensez-vous, par ailleurs, de la réorganisation de la prise en charge de l'urgence en chirurgie ? Même si une rationalisation qualitative est souhaitable, certaines propositions semblent quelque peu ubuesques, notamment pour l'assistance publique en région parisienne.

La médicalisation des maisons de retraite est sans doute une bonne chose. Mais, liera-t-on cette question à celle de la permanence des soins ? De nombreuses personnes âgées attendent souvent des heures, allongées sur des brancards au service des urgences, alors qu'une simple visite en maison de retraite résoudrait leur problème. Ce serait là un bienfait social, humain et économique.

M. Patrick Lebreton. Lors des travaux préparatoires du projet de loi de financement, des associations de diabétiques se sont émues d'un éventuel déremboursement brutal des bandelettes d'autotest. Or, dans les départements d'outre-mer, le diabète est un problème de santé publique majeur, notamment à la Réunion, où près de 10 % de la population est concernée. Compte tenu de la situation souvent difficile de ces personnes, le risque existe qu'elles ne s'autocontrôlent plus, ce qui pourrait ensuite rendre leur traitement plus difficile et plus coûteux.

Vous semblez privilégier la pédagogie et le rôle du médecin traitant, mettant ainsi en œuvre les préconisations de la Haute Autorité de santé. Nous confirmez-vous que le déremboursement brutal des bandelettes d'autotest est exclu ? Quand les décisions définitives concernant la prise en charge du diabète seront-elles adoptées ?

Mme Martine Pinville. Madame la secrétaire d'État chargée de la famille, le Gouvernement annonce la création de 200 000 places d'accueil pour la petite enfance d'ici à 2012. Cependant, les collectivités locales retardent leurs investissements, à hauteur d'environ 170 millions d'euros cette année. Comment tenir les objectifs si les collectivités, en raison de leurs difficultés financières croissantes, ne peuvent s'y associer ?

Mme Gisèle Biémouret. Madame la ministre de la santé, la loi dite « HPST » n'a pas pris en compte les hôpitaux ruraux.

Mme la ministre de la santé. Ce n'est pas vrai ! Ils sont à peu près tous en équilibre !

Mme Gisèle Biémouret. Je suis présidente d'un centre hospitalier en milieu rural qui connaît de grandes difficultés. Mon département du Gers compte huit hôpitaux, soit la moitié des hôpitaux de la région Midi-Pyrénées.

Outre le financement, l'autre problème est le personnel soignant et la permanence des soins, puisque, dans ces hôpitaux, ce sont souvent les médecins de ville qui interviennent. Comment améliorer le fonctionnement de ces hôpitaux ?

M. le ministre du budget. Les députés de l'opposition contestent l'architecture générale du projet, mais je n'ai entendu de leur part aucune proposition alternative. Je les invite à assumer politiquement et à déclarer, publiquement, qu'ils souhaitent augmenter les impôts.

Vous devriez réfléchir au passé : une espérance folle vous a conduits à nier les évolutions démographiques, en matière de santé comme de retraite. Résultat, deux ans plus tard, notre pays a connu une inflation à deux chiffres, une troisième dévaluation, un blocage des prix et une réduction des salaires. Il a ainsi fallu aller à Rungis pour s'assurer du blocage des prix ! Si c'est ce que vous voulez, assumez-le ! Mais ne feignez pas d'ignorer qu'il y a eu une crise et, avec elle, une secousse énorme sur les monnaies européennes ! Si vous voulez que notre pays connaisse la même situation que la Grèce ou l'Espagne, dites-le clairement. C'est précisément parce que, pour notre part, nous le refusons, que le projet de loi de financement de la sécurité sociale ne prévoit pas d'augmentation des prélèvements obligatoires et se concentre sur la maîtrise des dépenses.

Nous aurions bien entendu souhaité réduire davantage les déficits. Mais, reconnaissez que, si nous n'avions rien fait, ils auraient été alourdis de 8 à 9 milliards. Par ailleurs, pour la première fois, ce projet de loi de financement marque un coup d'arrêt dans l'inflexion déficitaire ; il s'inscrit à ce titre dans un projet plus global de réduction des déficits publics, tout en continuant à offrir à nos concitoyens un niveau acceptable de protection sociale.

Mme la ministre de la santé. Je tenterai de répondre de mon mieux au feu roulant de questions auquel vous m'avez soumise.

S'agissant de la répartition des gels budgétaires, 530 millions d'euros de crédits seront mis en réserve en 2011, dont 400 millions pour l'hôpital – je détaillerai ultérieurement la ventilation entre les fonds, car je n'ai pas encore tranché. 30 millions d'euros seront mis en réserve sur les dotations du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS). Avec une dotation portée à 250 millions en 2011, son fonds de roulement sera de 45 millions fin 2011, ce qui permet de réaliser le gel sans difficulté.

Enfin, 100 millions d'euros seront gelés pour le médico-social. Les mises en réserve sur l'enveloppe « soins de ville » sont moins importantes, parce que les crédits sont d'une nature différente et que les autres fonds – le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire d'une part, le Fonds national d'action sanitaire et sociale, d'autre part – sont hors ONDAM.

Pour ce qui est de la responsabilité civile professionnelle des médecins, M. François Baroin et moi-même avons chargé M. Gilles Johanet d'une mission de concertation avec la profession pour définir les solutions possibles. Il ressort de son rapport que le relèvement du plancher de garantie comme celui du seuil de prise en charge des primes devraient être écartés car ils sont jugés inflationnistes ; que la mutualisation des risques exceptionnels entre les assureurs et l'ensemble

des praticiens potentiellement concernés devrait être privilégiée et qu'une réécriture *a minima* de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 pourrait être effectuée sans attendre les conclusions d'un rapport complémentaire. Aussi proposerons-nous par amendement de supprimer la condition d'insolvabilité du professionnel pour que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux intervienne sans action récursoire au-delà du plafond de garantie.

Nous avons confié à M. Johanet une deuxième mission tendant à mettre au point une méthode de mutualisation plus large et à élaborer un dispositif de solidarité entre plusieurs professions de santé. Cela consistera peut-être à modifier ce même article 44 en élargissant son champ à toutes les professions médicales, notamment les sages-femmes, et en prévoyant un mécanisme d'écrêtement pour les sinistres les plus graves. La solution envisagée permettrait de couvrir les sinistres compris entre le plancher de garantie et ce montant.

M. Jean-Pierre Door m'a interrogée sur le report au 1^{er} janvier 2013 de la facturation directe des établissements de santé. Le cadre général posé par l'article 54 de la loi de financement pour 2009 reste d'actualité. Nous avons pris du retard, je le reconnais, mais la mobilisation est réelle. Le choix des établissements participants à l'expérimentation a donné lieu à un appel à candidatures et cent établissements se sont portés candidats. La première version du projet de décret concernant les modalités de l'expérimentation a été diffusée pour consultation début septembre. Nous en sommes à la finalisation du cahier des charges technique. Compte tenu du retard pris au démarrage, j'ai demandé une prolongation de l'expérimentation jusqu'à la fin de l'année 2012 ; C'est l'objet de l'article 37 du projet de loi.

J'en viens à l'évolution du reste à charge des ménages. Parmi les pays de l'OCDE, la France se caractérise par la part élevée de la richesse nationale qu'elle consacre aux dépenses de santé et par la faiblesse de la part de ces dépenses restant à la charge des ménages. Cette particularité est rendue possible, comme aux Pays-Bas, par le haut niveau de prise en charge publique et le rôle important joué par les organismes complémentaires. Par rapport à ses principaux partenaires, la France se situe dans le groupe de tête. Avec une dépense totale de santé égale à 11,2 % de son PIB en 2008, la France se trouve en deuxième position des pays membres de l'OCDE, derrière les États-Unis – avec lesquels les comparaisons sont sans signification étant donné l'ampleur des honoraires médicaux – et à un niveau supérieur à celui de la Suisse et de l'Allemagne.

Le financement de la dépense de santé fait intervenir quatre acteurs : la sécurité sociale, les organismes de protection complémentaire, l'État et les ménages. En France, la part de la dépense totale de santé restant finalement à la charge des ménages s'élève à 7,4 % : c'est un des taux les plus bas des pays de l'OCDE. Ce faible niveau du reste à charge s'explique par une prise en charge publique élevée – 78 % –, qui place la France très au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE. Ainsi, à financements publics sensiblement égaux, la France et

l'Italie ont des restes à charge finaux très différents : respectivement 7,4 % et 19,5 %. Le rôle des organismes complémentaires est donc déterminant. En France, 94 % de la population est couverte par un contrat d'assurance complémentaire santé, et la puissance publique intervient de manière très substantielle dans l'accès à ces organismes complémentaires.

Vous avez également évoqué la situation de l'AP-HP et l'évolution de son budget. Il serait malhonnête de présenter les efforts de gestion demandés au plus grand groupe hospitalier européen comme la conséquence d'un désengagement de l'État, alors que les moyens qui lui sont alloués ont été en constante augmentation. Rien qu'en 2010, l'assurance maladie doit verser à l'AP-HP près de 37 millions d'euros de plus qu'en 2009 et près de 150 millions de plus qu'en 2008. Les évolutions que j'ai tenu à apporter à la tarification à l'activité en 2009 et en 2010 pour tenir compte davantage du niveau de sévérité des cas et de la précarité des patients ont été très favorables à l'AP-HP. En revanche, on rappellera que le passage à la tarification à l'activité a mis en évidence la surdotation de l'AP-HP par rapport aux autres hôpitaux du pays, y compris aux autres établissements de grande taille. Il est tout à fait légitime de réduire cet écart, qui ne se justifie pas.

Le rapport sur la convergence tarifaire a été transmis au Secrétariat général du Gouvernement, qui est chargé de le communiquer au Parlement : vous l'aurez donc d'ici peu.

Expérimenter des maisons de naissance ne signifie évidemment pas reconstituer sous une autre appellation de petites maternités dangereuses. Une convention sera passée entre chacune de ces maisons et le service de gynécologie-obstétrique de l'établissement de santé attenant. Les femmes qui accoucheront en maison de naissance devront ne présenter aucun facteur de risque connu et vouloir un accouchement physiologique. Ce profil correspond à celui des accouchements par voie basse sans complication avec une courte durée de séjour, qui représentent un peu moins de 1 % des accouchements. Des femmes sensibilisées à l'accouchement physiologique pourraient également s'inscrire en maison de naissance. Pour le moment, l'expérimentation ne concernera donc qu'un faible pourcentage de naissances, mais l'effet statistique sera néanmoins étudié.

Sur cette demande qui émane de certaines femmes, je ne porte pas de jugement de valeur. Les principaux éléments du cahier des charges ont fait l'objet d'un document issu d'une concertation réalisée en 2008 au sein de la Commission nationale de la naissance. L'adossement à une structure présentant toutes les garanties de sécurité est une condition sur laquelle nous ne saurions transiger.

Mme Edwige Antier m'a interrogée sur l'accord cadre sur les dispositifs médicaux. Cet accord est signé entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les organisations représentant les industriels concernés. Le CEPS est informé des prix pratiqués par les industriels et il peut prendre attache avec les fédérations hospitalières. Il fixe les prix pour la liste ville et pour la liste en sus à l'hôpital. Pour les dispositifs médicaux utilisés à l'hôpital qui ne figurent pas sur

la liste en sus, les établissements de santé procèdent à des appels d'offre. Dans ce cas, les prix ne sont pas fixés par le CEPS.

Non, monsieur Malherbe, on n'a pas atteint le « taquet » pour ce qui est des prix des médicaments. L'évolution est permanente, puisqu'il s'agit de sortir du remboursement ou de moins rembourser les produits jugés moins efficaces pour faire entrer sans arrêt de nouvelles molécules au remboursement – pour 300 millions d'euros chaque année. Pour autant, globalement la dépense de médicament ne diminue pas en France, ce que l'on peut regretter.

La négociation avec les pharmaciens d'officine se poursuit. Je leur ai indiqué qu'ils ont bénéficié cette année de l'impact positif de la réforme de la taxe professionnelle, pour 60 millions d'euros, et qu'il ressort des conclusions du rapport de l'IGAS sur l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins des EHPAD qu'elle doit être prolongée. Les représentants des officines comprennent, au regard de la situation budgétaire, que toute mesure de revalorisation doit être gagée. Je tiens à maintenir le maillage officinal dans les zones « sous-denses », et nous y travaillons.

Votre question, monsieur Lebreton, me permet de clarifier la mesure relative au forfait de remboursement pour les bandelettes d'autocontrôle du diabète. Je tiens, en effet, à souligner que cette mesure ne concerne nullement les diabétiques insulino-dépendants, mais les malades atteints de diabète de type 2 non insulino-dépendant. L'assurance maladie a constaté que 10 % des patients atteints de diabète non insulino-dépendant de type 2 utilisent en moyenne 510 bandelettes par an, alors que la plupart des patients non insulino-dépendants n'en consomment aucune. Pour éviter ces gaspillages, nous envisageons de forfaitiser le remboursement de bandelettes par patient et par trimestre. Ce forfait sera fixé par le CEPS sur les recommandations de la Haute Autorité de santé. Cela ne devrait pas poser de problème particulier, et nous attendons de cette mesure 35 millions d'euros d'économies en 2011 pour l'assurance maladie.

Mais, le traitement du diabète de type 2 doit aussi s'accompagner de mesures de prévention et d'éducation thérapeutique. Ainsi, les recommandations sur la prise en charge du diabète de type 2 s'accordent pour préconiser le dosage systématique, quatre fois par an, de l'hémoglobine glycosylée. Or, en 2008, 40 % seulement des personnes diabétiques suivies par des médecins traitants ont bénéficié de ces dosages. Pour améliorer ce suivi, la CNAMTS a introduit un indicateur concernant la prescription de dosage de l'hémoglobine glycosylée pour les patients diabétiques dans le contrat d'amélioration des pratiques individuelles qu'elle signe avec les médecins traitants. L'objectif escompté à trois ans est que 65 % de patients diabétiques bénéficient effectivement de ces trois ou quatre dosages dans l'année.

Il s'agit donc, vous le voyez, d'une maîtrise médicalisée de la dépense : rien ne sert d'utiliser des bandelettes inutilement alors que, dans le même temps, des examens utiles ne sont pas faits.

La situation financière des établissements de santé, contrairement à ce que l'on entend dire, s'est très significativement améliorée. Leurs comptes, qui avaient connu une lente dégradation jusqu'en 2007, ont montré en 2008 une inversion de tendance. En 2008, le résultat sur le compte de résultat principal s'est établi au niveau national, tous établissements confondus, à - 570 millions d'euros, contre - 686 millions d'euros en 2007. Les chiffres disponibles à ce jour pour 2009 – ils correspondent à 84,9 % des établissements représentant 93,7 % du budget des hôpitaux – confirment cette tendance à l'amélioration, avec un déficit évalué pour l'instant à environ 493 millions d'euros, soit 74 millions de moins qu'en 2008. Soixante-sept pour cent des établissements présenteront des comptes à l'équilibre ou en excédent à la clôture des comptes pour l'exercice 2009.

L'essentiel du déficit se concentre sur les CHR et les CHU, dont la situation financière s'est toutefois améliorée. Malgré cela, ils représentent à eux seuls plus de 80 % du total des déficits des hôpitaux. On regrettera que l'évolution globale ainsi décrite masque de très grandes disparités.

M. Michel Issindou. Mais la qualité des soins demeure-t-elle ?

Mme la ministre de la santé. Bien sûr ! Ce n'est pas parce que les comptes d'un hôpital sont à l'équilibre que les soins qui y sont dispensés ne seraient pas de qualité ! À l'inverse, cet équilibre préserve ses capacités d'investissement et de modernisation, ce dont les établissements en déficit sont incapables.

Enfin, pour les hôpitaux locaux, le passage à la tarification à l'activité n'est prévu qu'en 2012. Leur situation financière est globalement saine, avec un excédent global de 24 millions d'euros en 2009, supérieur à celui constaté en 2008. Cela n'empêche pas la persistance de difficultés locales, mais cette évolution favorable montre que le déficit n'est pas une fatalité, et nous invite à être rigoureux.

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille. Je tiens à rassurer Mme Carrillon-Couvreur : le Président de la République a pris l'engagement très ferme qu'aucune économie n'aurait lieu s'agissant des personnes handicapées ; il n'y aura pas d'économies sur les créations de places, dont le rythme ne s'essouffera pas. En 2011, il y aura donc 4 600 places, pour 152 millions d'euros, dont 1 046 places pour les enfants.

Les 23 structures expérimentales pour les enfants atteints d'autisme prévues au budget de 2010 sont en cours de réalisation pour 18 millions d'euros : elles comptent 371 places.

Le Gouvernement, madame Pinville, a tenu ses engagements sur les créations de places ; il revient maintenant aux collectivités locales de faire leur part.

Je regrette que vous n'ayez pas voté le relèvement du crédit d'impôt destiné à favoriser la création de places de crèches d'entreprises, une disposition qui a sans conteste dynamisé ces créations, dont 1 600 ont eu lieu l'an dernier.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le dispositif est excellent, pour les collectivités locales également.

Mme la secrétaire d'État chargée des aînés. L'expérimentation de la réintégration du budget médicaments dans le forfait « soins » des EPHAD, monsieur Malherbe, a commencé avec dix-huit mois de retard, et six mois n'ont pas suffi à la rendre suffisamment concluante. Il convient à la fois de la prolonger et de revoir sa méthodologie. Aussi, l'expérimentation se poursuivra-t-elle deux ans de plus, avant une généralisation éventuelle du dispositif en 2013.

Madame Carrillon-Couvreur, la CNSA travaille avec les agences régionales de santé à la mise au point d'un outil qui permettra de mesurer l'état d'avancement des plans régionaux. Cet instrument sera l'une des priorités de la convention d'objectifs et de moyens de la CNSA.

Enfin, je rappelle que Mme Bérengère Poletti et M. Yves Bur ont fait adapter un amendement au projet de loi organique tendant à ce qu'à l'avenir les autorisations d'engagement soient détaillées en annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Pour 2011, ces informations seront communiquées la semaine prochaine à votre rapporteure, qui pourra les inclure dans son rapport.

M. le président Pierre Méhaignerie. Plus personne ne demande la parole ? Je considère donc que la discussion générale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 est close. Mesdames, messieurs, je vous remercie.

II.- EXAMEN DES ARTICLES

La commission a procédé à l'examen des articles du présent projet de loi au cours de ses séances des mardi 19 octobre et mercredi 20 octobre 2010.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2009

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2009

Le présent article propose d'approuver un ensemble de données au titre du dernier exercice clos, conformément aux dispositions résultant de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS).

D'une part, le 1° 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° 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).

Comme chaque année, l'examen de l'exécution de l'exercice 2009 est éclairé par l'avis que la Cour des comptes doit présenter sur les tableaux d'équilibre, mais aussi par la mission de certification des comptes qui lui échoit également en vertu de la LOLFSS.

1. La cohérence des tableaux d'équilibre

C'est la quatrième 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 « *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).

Comme pour les trois exercices précédents, la Cour des comptes porte à travers cet avis une appréciation sur la cohérence d'ensemble de la présentation des résultats annuels de la sécurité sociale. Les modalités d'élaboration des tableaux d'équilibre sont ainsi analysées :

– 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, à savoir la comparabilité des tableaux d'équilibre d'une année sur l'autre.

En outre, la Cour prend en compte les conclusions des missions de certification des comptes des régimes et organismes par des auditeurs indépendants, par ses propres soins s'agissant du régime général et par des commissaires aux comptes pour les autres régimes et organismes.

Année après année, l'examen des tableaux d'équilibre appelle de la part de la Cour le même type d'observations.

D'une part, elle estime que le contrôle des données comptables intégrées aux tableaux d'équilibre sous la forme de tableaux de centralisation des données comptables n'apporte pas une assurance suffisante quant à leur cohérence avec les comptes des organismes.

D'autre part, elle relève de nouveau que des retraitements de nature plus « économique » que comptable, contractant certains produits et charges, ont pour effet de réduire les montants affichés dans les tableaux d'équilibre, tout en étant dépourvus d'impact sur les soldes.

Examinant les tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2009, la Cour considère donc une fois de plus que « *ces deux limites perdurent dans la construction des tableaux d'équilibre* ». Elle observe toutefois que, compte tenu de l'importance des masses financières, les divergences entre les comptes des régimes et les données comptables intégrées aux tableaux d'équilibre n'ont pas d'incidence majeure. En outre, une circulaire en préparation, destinée aux organismes fixant les normes d'élaboration des tableaux de centralisation des données comptables devrait contribuer à renforcer leur fiabilité.

S'agissant des retraitements, si certaines des recommandations de la Cour ont été suivies dans ce domaine au cours des années précédentes, elle n'en relève pas moins la persistance de la contraction des dotations et reprises de provisions techniques, ainsi que celle des dépréciations de créances de cotisations avec les produits de cotisations. Les produits et charges de l'ensemble des régimes de base sont ainsi minorés de plus de 20 milliards d'euros, affectant davantage que pour les précédents exercices la progression affichée par rapport à 2008. Le Gouvernement se dit pour sa part attaché au maintien d'une présentation mettant en relief les évolutions économiques plutôt que purement comptables.

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

« Les opinions exprimées par les auditeurs externes des régimes témoignent de l'ampleur des progrès restant à accomplir pour disposer d'une information comptable fiable, particulièrement en matière de contrôle interne et de systèmes d'information.

« En outre, en dépit des améliorations observées, le processus de contrôle des données comptables intégrées aux tableaux d'équilibre reste à parfaire.

« Enfin, les tableaux d'équilibre comportent toujours des retraitements contraires aux règles comptable, consistant à contracter des charges et des produits, sans impact toutefois sur le montant des déficits : les produits et charges du régime général sont ainsi minorés de 16,7 milliards d'euros et ceux de l'ensemble des régimes de base de 21,1 milliards d'euros.

« En conséquence, la Cour ne peut encore apporter qu'une assurance limitée sur la cohérence entre ces tableaux d'équilibre et les comptes des régimes et organismes. »

2. La certification des comptes pour 2009

De même que pour la cohérence des tableaux d'équilibre, le dispositif mis en place par la LOLFSS en matière de certification des comptes s'applique pour la quatrième fois. La Cour des comptes a donc arrêté le 22 juin dernier son rapport de certification des comptes du régime général, en application du 3^o 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.

L'exercice 2009 est, en outre, le deuxième pour lequel l'ensemble des régimes et organismes ont désormais l'obligation légale, en vertu de l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale, de faire certifier leurs comptes par un commissaire aux comptes, dont les rapports sont remis au plus tard le 1^{er} juin. La Cour dispose, pour tous les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, d'une somme de positions lui permettant d'avoir une vision complète et synthétique de la qualité des comptes sociaux, ce dont elle a tenu compte dans son avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre (*cf. supra*).

Pour ce qui est du régime général, 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.

La Cour relève d'abord toute une série de difficultés dans l'application des principes comptables.

Elle conteste ainsi, à nouveau, le caractère dérogatoire du dispositif de compensation de l'exonération des heures supplémentaires : l'article 9 de la loi de finances rectificative pour 2008 dispose en effet qu'en cas d'insuffisance du « panier fiscal » en droits constatés dans les comptes au 31 décembre, l'ACOSS et ses attributaires doivent enregistrer un produit à recevoir d'un même montant, tandis que l'État inscrit en contrepartie une charge à payer dans ses comptes. Elle souligne d'autant plus cette atteinte au principe de rattachement des produits à l'exercice que les montants en cause sont en constante augmentation depuis 2007.

La Cour constate, en outre, que pour ce qui est des règles d'amortissement des immobilisations corporelles, aucun progrès n'a été accompli dans l'harmonisation entre les branches des modalités d'application de la méthode dite des actifs par composants. Peut-être faut-il en voir la raison dans le fait qu'une « *application homogène de la méthode des actifs par composants à toutes les immobilisations corporelles aurait un impact négatif significatif sur le résultat des branches maladie et AT-MP, ainsi que marginalement sur celui de la branche famille* » pour un total estimé à 130 millions d'euros lors de l'année du changement. Par ailleurs, les unions immobilières des organismes de sécurité

sociale (UIOSS), qui construisent, gèrent et entretiennent des immeubles utilisés en commun par plusieurs organismes de base, ne sont pas intégrées aux périmètres de combinaison des organismes concernés et donc des comptes des branches du régime général. Autrement dit, « *les bilans des branches ne reflètent donc pas l'exhaustivité de leur patrimoine immobilier et des éventuels passifs associés* ».

Ancienne recommandation de la Cour des comptes, la question de l'inclusion du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) dans le périmètre de combinaison de la branche vieillesse n'a évidemment pas évolué en 2009. Selon la Cour, une quote-part de 2,8 milliards d'euros du déficit du fonds pour 2009 serait à rattacher au résultat de la branche vieillesse, dont le déficit serait ainsi porté à 10 milliards d'euros. De même, les capitaux propres de la branche s'élèveraient à – 6,6 milliards d'euros au lieu de – 3,8 milliards d'euros.

La Cour considère par ailleurs que la méthode actuelle de répartition des charges hospitalières entre les régimes ne permet pas de refléter la réalité des charges facturées par les hôpitaux au titre de leur activité médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et que les charges enregistrées dans les comptes du régime général excèdent ainsi les charges réelles de plus de 250 millions d'euros. En outre, toujours en matière d'assurance maladie, une nouvelle estimation provisoire du montant de compensation généralisée, effectuée suite à un changement de méthode de dénombrement, est intervenue trop tardivement pour pouvoir être intégrée aux comptes de 2009, conduisant à majorer le résultat de 190 millions d'euros.

Enfin, la Cour déplore que le calendrier, selon lequel les états financiers doivent être arrêtés et transmis, n'ait pas été respecté.

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

Comme pour l'exercice 2008, la Cour des comptes estime qu'elle est en mesure de certifier les comptes combinés du recouvrement et les comptes de l'ACOSS, moyennant toutefois cinq réserves.

Selon elle, l'audit des comptes a été affecté, comme en 2008, par des imperfections du processus d'établissement des comptes produits par l'ACOSS ainsi que par l'absence d'intégration à l'outil de production du réseau d'une comptabilité auxiliaire par attributaire.

La Cour relève en outre trois incertitudes liées à l'assurance partielle procurée par le contrôle interne :

– elle identifie à nouveau des insuffisances dans les dispositifs de contrôle interne, plus spécifiquement en matière d'exonérations de cotisations sociales, notamment dans les DOM ;

– les problèmes inhérents à la mise en place de l'interlocuteur social unique se traduisent par une incertitude de portée générale sur l'exhaustivité et l'exactitude

des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, du fait des anomalies qui affectent ces comptes cotisants ;

– l'exhaustivité et l'exactitude des produits de cotisations d'accidents du travail sont insuffisamment assurées.

La Cour constate enfin plusieurs domaines dans lesquels l'exactitude des écritures comptables est affectée par des excès ou insuffisances de produits ou de charges dont les effets s'annulent partiellement, parmi lesquels les provisions pour risques relatives à des litiges avec les cotisants, les modes de comptabilisation des impôts et taxes affectés recouverts par les services de l'État (non conformes au principe des droits constatés), la répartition des créances sur les cotisants entre les attributaires, l'évaluation des créances sur les cotisants, la CSG sur les revenus de remplacement et les opérations relatives aux praticiens et auxiliaires médicaux.

En revanche, la Cour lève sa réserve relative à la comptabilisation de la CSG et des autres prélèvements sociaux sur les revenus de placement. Elle souligne que le principe de séparation des exercices a été correctement appliqué pour la comptabilisation des acomptes, grâce à un aménagement de la déclaration des revenus de capitaux mobiliers, qui distingue désormais les montants se rattachant à l'exercice n des acomptes de l'exercice $n+1$.

Elle revient longuement sur les problèmes posés par la mise en place de l'interlocuteur social unique, c'est-à-dire le guichet unique pour le paiement des cotisations (maladie, famille, vieillesse, retraite complémentaire, invalidité-décès, formation professionnelle) et contribution (CSG, CRDS) de plus de 1 400 000 travailleurs indépendants actifs (professions artisanales, industrielles et commerciales, hormis les professions libérales).

Le Cour met ainsi en lumière des défaillances du contrôle interne « *imputables à un défaut de préparation de ce dispositif* ». Bon nombre des fonctions du recouvrement ont été significativement atteintes : régularisation des montants dus, remise systématique des majorations de retard, renonciation au recouvrement forcé, suspension des contrôles sur les revenus d'activité. En outre, la gestion des comptes cotisants se caractérise par des anomalies ayant « *une incidence significative sur les comptes* » : forte augmentation du nombre de comptes en attente d'activation, nombre élevé de comptes ne comprenant pas la totalité des risques ou dont le solde débiteur est constitué par des taxations d'office, comptes radiés à tort. Certaines opérations sur ces comptes sont affectées d'erreurs et l'examen des contrôles généraux informatiques « *fait apparaître des facteurs particuliers de risque d'anomalies* ».

• *Les branches maladie et accidents du travail et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés*

Comme en 2008, la Cour des comptes certifie les comptes de ces deux branches et de cette caisse nationale, moyennant un certain nombre de réserves.

Pour la *branche maladie*, la Cour identifie six réserves :

– le rapprochement du paiement des prestations en nature avec les pièces justificatives n'est pas aisément réalisable ;

– la conformité des paiements effectués par les caisses au titre des médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières ne donne pas lieu à des contrôles effectifs ;

– l'amélioration de la sécurisation des flux en provenance des mutuelles gestionnaires du régime général n'a encore pas permis de lever la réserve dans ce domaine ;

– dans les établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés, il existe des risques liées aux procédures de contrôle interne ;

– dans la mesure où les commissaires aux comptes ont refusé de certifier les comptes combinés de la Mutualité sociale agricole (MSA), les données sur la base desquelles la branche maladie doit assurer la prise en charge intégrale des soldes du régime agricole ne sont pas certaines ;

– enfin, ainsi qu'on l'a vu à propos de la branche recouvrement, les opérations comptabilisées par la branche maladie au titre des prises en charge de cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux ne sont pas cohérentes avec celles comptabilisées par l'ACOSS.

De même, pour la *branche accidents du travail*, les produits des cotisations ne sont pas certains, compte tenu des modalités de communication aux URSSAF des taux des cotisations de cette branche.

Pour ce qui est plus spécifiquement de la *CNAMTS*, l'audit de ses comptes est affecté par les différentes limitations et incertitudes constatées ci-dessus pour les comptes combinés des branches maladie et accidents du travail. En outre, la Cour constate, comme en 2008, que les opérations relatives au service médical n'ont pas été reclassées, tout en observant que cette présentation du compte de la caisse nationale est sans incidence sur la fidélité de l'image donnée par les comptes combinés.

● *La branche famille et la Caisse nationale des allocations familiales*

En 2008, la Cour des comptes avait refusé de certifier les comptes de la branche et de la caisse nationale. En 2009, elle « *a pris en compte les progrès accomplis par la branche, notamment grâce au répertoire national des bénéficiaires et aux échanges de données informatisées avec la direction générale des finances publiques et d'autres autorités qui contribuent peu à peu à sécuriser les processus de liquidation des prestations* ». Dans ces conditions, pour la première fois depuis qu'elle procède à cette exercice, elle certifie les comptes, moyennent sept réserves :

– en dépit des « *progrès substantiels du contrôle interne* », la maîtrise des risques inhérents à l'activité de la branche n'est toujours pas totalement assurée ;

– la complexité du dispositif de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) induit une incertitude sur la réalité et l'exhaustivité du montant des cotisations à la charge de la branche famille ;

– le processus d'établissement des comptes combinés a été exposé à des risques d'erreurs ;

– la méthode de calcul des charges à payer et provisions pour rappels de prestations n'est pas encore suffisamment étayée par des analyses rétrospectives ni suffisamment explicitée en annexe ;

– le montant des provisions pour dépréciation de créances d'indus n'est pas exempt d'incertitudes ;

– il en va de même pour le montant des provisions pour dépréciation des créances relatives aux prêts à caractère social aux allocataires ;

– enfin, comme pour la branche maladie, dans la mesure où les commissaires aux comptes ont refusé de certifier les comptes combinés de la Mutualité sociale agricole (MSA), les données sur la base desquelles la branche famille doit assurer la prise en charge intégrale des soldes du régime agricole ne sont pas certaines.

● *La branche vieillesse et la Caisse nationale d'assurance vieillesse*

Comme en 2008, la Cour refuse de certifier les comptes 2009 de la branche et de la caisse nationale.

Elle estime que le système d'enregistrement comptable des prestations légales demeure insuffisant en matière de déversement automatique de données dans l'application comptable, de comptabilité auxiliaire des prestations et de documentation. L'activité de liquidation se caractérise par des risques d'erreurs et un contrôle interne insuffisant : « *un certain nombre de pensions liquidées et mises*

en paiement comportent des erreurs dont le montant cumulé, en valeur absolue, a une portée financière significative ».

En outre, les dispositifs de contrôle des données de carrière demeurent insuffisants pour apporter les assurances d'une absence d'anomalies significatives dans les reports des salaires et dans les reports de périodes assimilées en provenance des organismes sociaux autres que Pôle Emploi.

La Cour relève également l'existence d'incertitudes du fait des erreurs affectant les révisions de service ou de l'absence de révision de droit ou de service. La séparation des tâches de paiement et de gestion des comptes des assurés reste encore incomplète et inégalement appliquée.

Enfin, les difficultés précédemment constatées tenant au refus de certification des comptes de la MSA et aux incertitudes en matière de cotisations AVPF ont également une incidence sur la branche vieillesse.

*

Les progrès constatés par la Cour des comptes au titre de son examen des comptes de 2009 confirment que la certification des comptes, en ce qu'elle incite les organismes sociaux à améliorer leurs procédures de contrôle interne, constitue une avancée capitale de la LOLFSS.

3. L'analyse des données pour 2009

● *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, à savoir, en 2009, le FSV (le Fonds de financement des prestations sociales agricoles ayant été dissous en 2008).

Le tableau ci-après rapproche les montants que le présent article 1^{er} soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales (LFSS 2009) ou révisées (LFSS 2010), selon la méthodologie comptable en vigueur pour la loi de financement pour 2009 :

Tableau d'équilibre 2009 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2009)			Prévisions révisées (LFSS 2010)			Réalisé (PLFSS 2011)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	181,8	185,6	- 3,8	174,7	186,2	- 11,6	175,9	186,2	- 10,4
Vieillesse	182,5	189,7	- 7,2	178,5	187,9	- 9,5	179,5	188,4	- 8,9
Famille	57,8	59,2	- 0,5	56,2	59,3	- 3,1	56,3	58,1	- 1,8
AT-MP	13,0	13,0	-	12,1	12,7	- 0,5	11,9	12,5	- 0,6
Total	430,0	441,4	- 11,4	415,6	440,3	- 24,7	417,7	439,4	- 21,7

Sources : PLFSS 2009, PLFSS 2010 et Direction de la sécurité sociale

Le résultat pour 2009 fait apparaître un déficit de 21,7 milliards d'euros, contre 9,7 milliards d'euros en 2008, 9,1 milliards d'euros en 2007, 7,8 milliards d'euros en 2006 et 11,6 milliards d'euros en 2005, alors même que l'exécution se révèle finalement plus favorable que la prévision révisée en loi de financement pour 2010, à hauteur de 3 milliards d'euros, grâce à une meilleure tenue des recettes.

En effet, la prévision associée à la loi de financement pour 2010 était fondée sur une hypothèse de recul de 2,25 % de la masse salariale, alors que celui-ci ne s'est finalement élevé qu'à - 1,3 %. Une telle évolution se traduit *ipso facto* par une moindre détérioration des recettes à hauteur de 2 milliards d'euros environ pour le seul régime général.

En outre, les dépenses ont globalement évolué un peu moins vite que prévu, davantage en raison de corrections comptables dans la branche famille et de transferts de compensation inférieurs aux prévisions que sous l'effet d'une baisse des prestations.

De ce fait, comme depuis 2005, les branches maladie et vieillesse continuent d'afficher un solde négatif (respectivement 10,4 et 8,9 milliards d'euros), que vient désormais accroître ceux de la branche famille (1,8 milliard d'euros) et de la branche AT-MP (600 millions d'euros). Pour l'ensemble des branches, le déficit se situe finalement 10,3 milliards d'euros au-delà de la prévision initiale de la loi de financement pour 2009 (- 11,4 milliards d'euros).

Le rapport présenté le 28 septembre dernier à la Commission des comptes de la sécurité sociale permet de disposer de données sur les autres régimes que le régime général. Longtemps excédentaire, la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) parvient tout juste à l'équilibre. Le déficit de de la branche vieillesse des exploitants agricoles demeure structurellement élevé (1,2 milliard d'euros), tandis que la branche maladie du RSI (+ 200 millions d'euros) ne parvient pas à compenser le déficit de la branche vieillesse (- 400 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, à savoir désormais le seul FSV. À cet égard, le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale indique que le déficit de l'ensemble des régimes de base et du FSV a atteint 24,9 milliards d'euros en 2009, contre 11,2 milliards d'euros en 2008.

• *Le tableau d'équilibre du régime général*

Le 2^o du présent article porte approbation du tableau d'équilibre du seul régime général. Comme pour l'ensemble des régimes (*cf. supra*), le tableau ci-après rapproche les montants que le présent article 1^{er} soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales (LFSS 2009) ou révisées (LFSS 2010), selon la méthodologie comptable en vigueur pour la loi de financement pour 2009 :

Tableau d'équilibre 2009 du régime général

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2009)			Prévisions révisées (LFSS 2010)			Réalisé (PLFSS 2011)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	156,0	160,6	- 4,6	150,1	161,6	- 11,5	150,7	161,3	- 10,6
Vieillesse	94,7	100,0	- 5,3	90,9	99,1	- 8,2	91,7	98,9	- 7,2
Famille	58,2	58,7	- 0,5	55,7	58,8	- 3,1	55,8	57,6	- 1,8
AT-MP	11,2	11,4	- 0,2	10,5	11,2	- 0,6	10,5	11,2	- 0,7
Total	314,3	324,9	- 10,5	301,6	325,1	- 23,5	303,0	323,4	- 20,3

Sources : PLFSS 2009, PLFSS 2010 et Direction de la sécurité sociale

Le déficit atteint donc 20,3 milliards d'euros, contre 11,6 milliards d'euros en 2005, 8,7 milliards d'euros en 2006, 9,5 milliards d'euros en 2007 et 10,2 milliards d'euros en 2008. Compte tenu de la prépondérance du régime général, les causes de l'évolution qui vient d'être décrite pour l'ensemble des régimes sont évidemment en grande partie identiques, les prévisions de déficit ayant été fixées à 10,5 milliards d'euros en loi de financement pour 2009 puis à 23,5 milliards d'euros en loi de financement pour 2010.

Par rapport à la prévision en loi de financement pour 2010, l'amélioration tient pour partie aux recettes (+ 1,4 milliard d'euros) et aux dépenses (- 1,7 milliard d'euros).

Dans ces conditions, la variation de trésorerie de l'ACOSS (hors apurement de la dette de l'État et reprise de dette de la CADES) s'est élevée à - 23,8 milliards d'euros, contre - 16,9 milliards d'euros en 2005, - 11,4 milliards d'euros en 2006, - 12,5 milliards d'euros en 2007 et - 7,2 milliards d'euros en 2008. Si l'on intègre les 17 milliards d'euros de reprise de dette par la CADES début 2009, la variation de trésorerie est ramenée à - 6,8 milliards d'euros.

Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin dernier, la dégradation du solde hors reprise de dette a été supérieure au déficit comptable du régime général en 2009 (– 20,3 milliards d’euros). Cet écart de 3,5 milliards d’euros se justifie par la forte dégradation de la situation du FSV (– 2,9 milliards d’euros) et par d’autres éléments « *regroupant des corrections plus difficilement estimables, notamment des effets d’opérations de clôture des comptes* » (– 500 millions d’euros). Cette évolution n’est que partiellement compensée par l’enregistrement comptable de dotations à des fonds supérieures aux versements (500 millions d’euros) et les décalages temporels entre les comptes en droits constatés et les données de trésorerie (200 millions d’euros).

● *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 du seul organisme qui a concouru en 2009 au financement des régimes obligatoires de base, à savoir le FSV.

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 en 2008 (813 millions d’euros). Sans précédent depuis 2000, cette amélioration a cependant été de courte durée, puisque le déficit du fonds a atteint 3,2 milliards d’euros en 2009.

Contrairement aux comptes des régimes de base, ceux du FSV se sont dégradés aussi bien par rapport aux prévisions de la loi de financement pour 2009 (– 1 milliard d’euros) qu’aux prévisions révisées de la loi de financement pour 2010 (– 3 milliards d’euros).

Ses produits ont été fortement diminués (– 16,2 %) par la dégradation de la situation économique et, pour l’essentiel, par l’affectation à la CADES de 0,2 point de CSG (2,2 milliards d’euros) dont il bénéficiait jusqu’alors.

Quant à ses charges nettes, elles ont crû de 10,3 %, en particulier les prises en charge de cotisations au titre du chômage, en hausse de 17,5 % (avec 440 000 chômeurs supplémentaires en moyenne annuelle). Les prises en charge de prestations ont en revanche progressé à un rythme moins soutenu : + 3,6 % pour les majorations de pension de retraite et + 1,2 % pour le minimum vieillesse.

● *L’ONDAM*

Le 4^o du présent article porte approbation du montant des dépenses constatées en 2009 entrant dans le champ de l’ONDAM. Ce montant s’élève à 158,1 milliards d’euros, pour un objectif fixé à 157,6 milliards d’euros en loi de financement pour 2009 et révisé à 157,9 milliards d’euros en loi de financement pour 2010. Le dépassement constaté par le rapport présenté à la Commission des

comptes de la sécurité sociale, soit 450 millions d'euros, correspond à 0,3 % de son montant initial, contre 0,6 % en 2008 et 2,1 % en 2007. L'augmentation globale s'établit donc à 3,3 % (contre 3,5 % en 2008 et 4,2 % en 2007) et traduit ainsi le succès obtenu dans la maîtrise de la dépense de soins depuis 2004.

Contrairement à 2008, ce léger dépassement n'est pas imputable aux soins de ville, dont les dépenses (+ 3,2 %) ont été conformes à l'objectif voté, mais aux établissements de santé (+ 3,5 %).

- *Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites*

Le 5^o du présent article porte approbation du montant de la dotation au titre de 2009 au FRR, soit 1,5 milliard d'euros, contre 1,8 milliard d'euros en 2007 et en 2008. En l'absence de reversement d'excédents de la CNAV et du FSV, mais aussi de fraction du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), il s'agit, à hauteur de 97 %, de la part (65 %) réservée au fonds au titre du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital. En raison de la crise économique, cette recette, très dynamique au cours des précédents exercices (+ 21 % en 2006, + 15,3 % en 2007 et + 1,7 % en 2008) est en forte baisse (- 21,8 %).

Le FRR bénéficie, par ailleurs, du produit des redevances dues pour les fréquences utilisées par les téléphones mobiles de la troisième génération (UMTS), soit 1 % du chiffre d'affaires annuel réalisé sur cette activité (32 millions d'euros). Est en outre affecté au fonds 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 pour la retraite collectif (PERCO), soit 12 millions d'euros en 2009.

Enfin, le résultat financier s'est redressé de - 2,6 milliards d'euros à - 133 millions d'euros, alors qu'il était positif de 2,1 milliards d'euros en 2006 et de 2,7 milliards d'euros en 2007. La performance annuelle du FRR a donc atteint + 15 % (contre + 11,2 % en 2006, + 4,8 % en 2007 et - 24,9 % en 2008). Le résultat financier (- 78 millions d'euros) résulte de la liquidation d'une partie des valeurs de portefeuilles concernés par l'arrivée à échéance de mandats de gestion passés en 2004, qui s'est traduite par 1,6 milliard d'euros de moins-values, et des pertes sur les instruments financiers à terme (55 millions d'euros). En revanche, les revenus tirés des valeurs mobilières ont rapporté 881 millions d'euros et les opérations de change, grâce à l'appréciation de l'euro, ont dégagé un produit de 482 millions d'euros.

La performance globale du fonds, qui était de + 8,8 % fin 2007 et de + 0,3 % fin 2008, s'est redressée pour atteindre + 2,8 % fin 2009.

- *La dette amortie par la CADES*

Le 6^o du présent article porte approbation du montant de la dette amortie par la CADES en 2009 : près de 5,3 milliards d'euros, contre 2,6 milliards d'euros

en 2005, 2,8 milliards d'euros en 2006, 2,6 milliards d'euros en 2007 et 2,9 milliards d'euros en 2009, soit un montant supérieur de 200 millions d'euros à celui rectifié par la loi de financement pour 2010 (5,1 milliards d'euros). Ce chiffre correspond au principal de la dette sociale remboursé par la CADES en 2009, lui-même égal au résultat brut d'exploitation.

Cette forte hausse s'explique par la reprise de dette opérée entre décembre 2008 et août 2009, pour un montant total de 27 milliards d'euros : en vertu de la LOLFSS, afin de ne pas prolonger la durée d'amortissement de la dette sociale, une recette supplémentaire (0,2 point de CSG) a été affectée à la CADES en regard de cette dette supplémentaire et celle-ci a donc pu accroître significativement sa capacité d'amortissement.

En recettes, le produit annuel des contributions pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) (près de 5,9 milliards d'euros) est quasiment resté stable (- 1,5 %), après la forte progression des exercices précédents (+ 5,3 % en 2008 et + 3,7 % en 2007). S'ajoute désormais à cette recette traditionnelle le produit de 0,2 point de CSG, soit près de 2,2 milliards d'euros. Déduction faite du produit net bancaire, c'est-à-dire de la charge nette des intérêts, en recul en 2009 (2,8 milliards d'euros), c'est donc bien un montant de 5,3 milliards d'euros qui a pu être amorti en 2008.

Au 31 décembre 2009, le montant de la dette reprise par la CADES s'élevait à 134,6 milliards d'euros. La situation nette négative – c'est-à-dire le montant de la dette restant à amortir – est donc passée de 80,1 milliards d'euros fin 2008 à 91,8 milliards d'euros fin 2009.

Compte tenu des 17 milliards d'euros repris en 2009, cet exercice a vu le plus important programme de financement depuis la création de la CADES : elle a ainsi levé, malgré la crise financière, 35,7 milliards d'euros. Il s'agit d'abord de nouveaux emprunts de référence en euros, répartis sur des maturités de 3, 5 et 10 ans. Mais la CADES a également procédé pour la première fois à l'augmentation de la taille des souches déjà existantes, pour un montant de 16,5 milliards d'euros, afin de mieux répondre à la demande des marchés selon la maturité de ses titres et d'accroître leur liquidité globale. Enfin, une partie du financement est également réalisée en devises, principalement en dollars (10 milliards de dollars), avec une couverture systématique du risque de change.

En outre, chaque nouvelle opération de reprise nécessite cependant de mobiliser de façon transitoire des disponibilités importantes en peu de temps, et donc d'accroître le volume des dettes à court terme, essentiellement sous la forme de billets de trésorerie ou de *commercial papers*. Ces dernières sont ensuite progressivement converties en dettes à moyen et long termes (essentiellement sous forme obligataire). Pour recycler les montants qui lui ont été confiés, la CADES a donc dû emprunter des fonds à court terme, pour un encours qui a atteint, à son maximum en avril-mai, 28 milliards d'euros. Bénéficiant toujours d'une notation

optimale de la part des principales agences, elle a en outre été avantagée par le faible niveau des taux d'intérêt à court terme. Globalement, son taux de refinancement s'est établi à 3,30 %, contre 4,12 % en 2008.

*

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 2009

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 2009. Il convient de préciser que ce bref document ne porte que sur un seul exercice, et non sur les excédents ou déficits cumulés de plusieurs exercices.

Il est divisé en deux parties :

- une première partie consacrée, comme depuis 2005, 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 des régimes de sécurité sociale, à savoir désormais le seul FSV.

1. Le régime général

En 2009, le déficit du régime général, soit 20,3 milliards d'euros, n'a pas fait l'objet, à la différence de celui pour 2008, d'une reprise par la CADES. Le

rapport indique à cet égard que « *pour faciliter le retour de la croissance qui constituait un objectif prioritaire, il a été décidé dans le cadre exceptionnel de l'année 2010 de ne pas procéder sur cette année à des reprises de dette* ».

Le besoin de trésorerie a donc été porté par l'ACOSS, dans la limite des 18,9 milliards d'euros de plafond de recours aux ressources non permanentes fixé par l'article 35 de la loi de financement pour 2009 (35 milliards d'euros pour le seul premier trimestre) et majoré de 10,1 milliards d'euros par un décret en date du 29 juillet 2009.

Fin 2009, le solde négatif du compte de l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations a atteint 24,1 milliards d'euros, retrouvant le point bas précédemment atteint le 13 novembre. La variation de trésorerie par rapport à fin 2009 n'a été que de - 6,8 milliards d'euros en raison de la reprise de dette de 17 milliards d'euros effectuée courant 2009. Pendant l'année 2009, le montant moyen quotidien de recours à l'emprunt a été réduit à 12,2 milliards d'euros contre 21,2 milliards d'euros l'année précédente, mais le solde de trésorerie n'a été positif que durant six jours. Compte tenu en outre du très faible niveau des taux d'intérêt à court terme (EONIA à 0,35 % en moyenne durant le second trimestre, contre 3,86 % en 2008), le résultat financier de l'ACOSS s'est redressé, passant de - 832 millions d'euros en 2008 à - 96 millions d'euros en 2009.

L'ACOSS a accru son encours moyen de billets de trésorerie de 2,7 milliards d'euros à 3,8 milliards d'euros. Par ailleurs, les nouvelles conditions tarifaires des tirages auprès de la Caisse des dépôts et consignations, définies par l'avenant du 16 juillet 2009 pour la ligne de trésorerie de 11 milliards d'euros, ont contribué à renchérir le coût du financement, qui se situe 15 points de base au dessus de l'EONIA, contre 6,2 points en 2008.

Le déficit 2009 sera repris conjointement à celui de 2010 dans le cadre des 68 milliards d'euros que l'article 9 du présent projet de loi de financement autorise la CADES à reprendre.

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

À la différence de 2007 et 2008, le Fonds de solidarité vieillesse accuse un lourd déficit en 2009, soit 3,2 milliards d'euros, dont une bonne part est consécutive au transfert de 0,2 point de CSG à la CADES.

Le déficit cumulé du FSV a été repris par la CADES courant 2009, mais comme le fonds n'a pas le droit d'emprunter, ce déficit pour 2009 se traduit par une dette de la CNAV au titre de la prise en charge des cotisations de chômage, c'est-à-dire par une augmentation des besoins de trésorerie de l'ACOSS.

*

*La commission **adopte** successivement les amendements AS 340, AS 341 et AS 342 du rapporteur, dont le premier et le dernier rectifient une erreur matérielle, le deuxième étant rédactionnel.*

Elle est saisie de l'amendement AS 222 de Mme Marisol Touraine.

M. Michel Issindou. La charge du financement de la dette sociale est sans cesse reportée sur les générations futures, ce qui nous semble indécent. L'an dernier, comme l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ne pouvait plus faire face à ses engagements, le Gouvernement l'a financée par des billets de trésorerie, en imaginant toutes sortes d'avances. Ne pas s'employer à résorber cette dette dans les meilleurs délais, c'est faire preuve d'un manque évident de courage.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable. Michel Issindou aurait préféré que l'on augmente les prélèvements, ce qui n'aurait fait qu'aggraver la récession. Contrairement à ce qu'il prétend, l'ACOSS a parfaitement rempli sa mission, qui consiste à financer les déficits. Depuis l'an dernier, où je reconnais que la situation pouvait paraître inquiétante, elle a signé une convention avec la Caisse des dépôts et consignations, a recouru à des billets de trésorerie, ce qui n'a rien de nouveau pour elle, et s'est tournée vers l'Agence France Trésor. Elle a bénéficié ainsi de conditions de financement transparentes et extrêmement favorables, qui lui ont permis de réduire le coût de portage du déficit.

Le chiffre de 61,6 milliards d'euros, qui figure dans l'amendement, concerne l'année 2010, alors que l'article 2 ne porte que sur 2009. Le déficit auquel l'ACOSS devra faire face ne se montera finalement qu'à 50 milliards et pourra être transféré à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

M. Dominique Dord. Nos collègues socialistes nous reprochent de reporter la dette, mais ils ne nous critiquent pas moins quand, pour les retraites, nous proposons un dispositif qui évite de vivre à crédit. Pour eux, la seule solution est d'augmenter les impôts. Nous ne pouvons être d'accord. N'y revenons pas à chaque amendement !

M. Jean Mallot. Comment M. Dord remboursera-t-il la dette sinon par l'impôt ? Pour l'instant, il se contente de différer le problème.

*La commission **rejette** l'amendement AS 222.*

*La commission **adopte** l'amendement d'harmonisation rédactionnelle, AS 339, du rapporteur.*

*Elle **adopte** l'article 2 **modifié**.*

*Elle adopte ensuite la première partie du projet de loi ainsi **modifiée**.*

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2010

Section 1

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

Article 3

(art. 10 de la loi du 29 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010)

Rectification du montant de la contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire au financement des mesures de préparation et de réponse à une pandémie de grippe A (H1N1)

Le présent article a pour objet de réduire le taux de la contribution exceptionnelle mise à la charge des organismes complémentaires d'assurance maladie en 2010, afin de compenser les charges qui résultent, pour les régimes de base, de l'organisation d'une campagne de vaccination collective et gratuite contre le virus de la grippe A (H1N1).

1. La contribution exceptionnelle des organismes d'assurance maladie complémentaire aux mesures de préparation et de réponse à la pandémie de grippe A (H1N1)

L'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a institué, au titre de l'année 2010, une contribution « *exceptionnelle* » à la charge des organismes complémentaires d'assurance maladie, « *dans le cadre de leur participation à la mobilisation nationale contre la pandémie grippale* ».

● *Le principe d'une contribution exceptionnelle*

Le principe d'une telle contribution est justifié par les modalités d'organisation de la campagne de vaccination contre la grippe A (H1N1), qui ne permettaient pas de suivre les procédures habituelles de remboursement des produits de santé. En effet, le choix fait par le Gouvernement de permettre à tous les Français de se faire vacciner impliquait un dispositif de dispense d'avance de frais pour les assurés, ainsi qu'une organisation logistique permettant d'éviter le risque de saturation des cabinets libéraux au pic de l'épidémie et d'assurer la séparation des flux entre les malades et les personnes à vacciner. C'est pourquoi, dans un premier temps, l'organisation de la campagne de vaccination a reposé sur des centres de vaccination collective et gratuite, et non sur les praticiens libéraux compétents pour la vaccination contre la grippe saisonnière.

Or, si les procédures habituelles de remboursement avaient pu être suivies, les organismes complémentaires auraient été conduits à prendre en charge le « ticket modérateur » de 35 % sur les vaccins, c'est-à-dire la part des dépenses de soins laissée à la charge des assurés en application de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale. Les modalités retenues pour l'organisation de la campagne de vaccination ont donc pour conséquence un transfert de charges des régimes complémentaires vers les régimes obligatoires, qu'il paraît légitime de compenser par une contribution spéciale des organismes complémentaires.

● *Le régime de la contribution exceptionnelle*

L'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a fixé l'assiette et le taux de la contribution exceptionnelle de façon à ce que son produit soit égal au total des tickets modérateurs sur les vaccins que les organismes complémentaires auraient pris en charge si la procédure habituelle de remboursement avait pu être suivie.

Cette contribution est mise à la charge des organismes complémentaires d'assurance maladie de tous types, qu'il s'agisse de mutuelles régies par le code de la mutualité, d'institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime, ou d'entreprises d'assurance régies par le code des assurances.

L'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a aussi défini les règles de recouvrement, d'exigibilité et de contrôle de cette contribution, par référence au régime de la contribution des organismes complémentaires au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (dit « Fonds CMU »), instituée par l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

Dans sa rédaction initiale, l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 fixait le taux de cette contribution à 0,94 %, car le transfert de charges à compenser était alors évalué à 300 millions d'euros. Le montant du transfert de charges était calculé en appliquant le taux du ticket modérateur sur les vaccins (35 %) au coût total de l'achat des vaccins, alors évalué à 807 millions d'euros par l'annexe 8 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

Or, ce coût a été révisé à la baisse dès l'hiver 2009, pour tenir compte de deux nouveaux éléments :

– le taux de TVA sur les vaccins a été fixé à un niveau inférieur à ce qui avait été anticipé, d'où une économie de 97 millions d'euros ;

– le Gouvernement a pris la décision de donner 9,4 millions de doses de vaccins à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et 1,2 million de doses au Chili : ces vaccins n'étant pas destinés aux personnes couvertes par les organismes complémentaires, rien ne justifie qu'ils contribuent directement à ces dépenses.

En conséquence, l'article 96 de la loi n° 2009-1674 du 30 décembre 2009 de finances rectificative pour 2009 a modifié l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 afin de réduire à 0,77 % le taux de la contribution exceptionnelle. Ce taux a été fixé de façon à ce que le produit de la contribution atteigne 250 millions d'euros.

2. Le dispositif proposé

Le présent article tend à modifier le deuxième alinéa de l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 pour ramener de 0,77 % à 0,34 % le taux de la contribution exceptionnelle instituée par cet article.

Cette réduction s'explique par une nouvelle révision à la baisse du coût de l'achat des vaccins nécessaires à la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A (H1N1), dont le tableau ci-après présente le détail.

Coût de la campagne de vaccination contre le virus de la grippe A (H1N1)

Campagne de vaccination périmètre « santé »	Dépense <i>en millions d'euros</i>	Sources de financement
Vaccins	295,5	
<i>Acquisitions</i>	334,2	<i>EPRUS à parité État - assurance maladie</i>
<i>Indemnisation des laboratoires (estimation)</i>	48,5	<i>EPRUS à parité État - assurance maladie</i>
<i>Dons OMS à déduire (1)</i>	- 87,2	<i>EPRUS sur financement exclusif de l'État</i>
Consommables médicaux	9,1	
<i>Seringues</i>	4,3	<i>EPRUS à parité État - assurance maladie</i>
<i>Autres consommables médicaux</i>	4,8	<i>EPRUS à parité État - assurance maladie</i>
Prestations logistiques	29,0	
<i>Distribution répartiteurs et professionnels de santé</i>	8,0	<i>EPRUS à parité État - assurance maladie</i>
<i>Autres prestations logistiques</i>	21,0	<i>EPRUS à parité État - assurance maladie</i>
Dispositif des bons de vaccination	48,9	
<i>Infrastructure, conception, traitement et gestion interne</i>	20,2	CNAMTS
<i>Editique et routage</i>	28,6	CNAMTS
Déchets d'activité de soins à risque infectieux (DASRI)	1,1	DGS
Communication (promotion de la campagne de vaccination)	2,1	INPES
Indemnisation des professionnels de santé	35,4	
<i>Indemnisation via l'assurance maladie</i>	20,3	<i>Remboursement par la par DGS</i>
<i>Indemnisation via l'EPRUS</i>	13,0	<i>EPRUS sur financement exclusivement État</i>
<i>Indemnisation via les collectivités territoriales</i>	2,0	<i>Remboursement par la par DGS</i>
Total vaccination périmètre Santé	421,0	

Campagne de vaccination périmètre « intérieur »	Dépense <i>en millions d'euros</i>	Sources de financement
<i>Indemnisation des personnels administratifs</i>	68,3	<i>Ministère de l'intérieur (délégation de crédits du programme 128) (2)</i>
<i>Fonctionnement des centres de vaccination</i>	23,0	
<i>Equipement</i>	17,3	<i>Ministère de l'intérieur (délégation de crédits du programme 128) (2)</i>
<i>Indemnisation des locaux</i>	5,7	<i>Ministère de l'intérieur (délégation de crédits du programme 128) (2)</i>
Total vaccination périmètre Intérieur	91,3	
Total campagne de vaccination santé et intérieur	512,3	

Source : informations fournies au Rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports

Selon les informations fournies à votre Rapporteur par le cabinet de la ministre de la santé et des sports, le coût de l'achat des vaccins s'élève à 334,17 millions d'euros, après l'annulation d'une partie des commandes passées par l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS).

Le coût de la campagne doit cependant être majoré des 48,5 millions d'euros d'indemnités dues par l'EPRUS aux laboratoires auprès desquels il a annulé une part de ses commandes – dont 10,5 millions d'euros dus au laboratoire Novartis, 2 millions d'euros dus au laboratoire Sanofi et 36 millions d'euros dus au laboratoire Glaxo-Smith-Kline. Pour apprécier les dépenses auxquelles les régimes d'assurance maladie, obligatoires ou complémentaires, peuvent être conduits à contribuer, il convient toutefois de retrancher de ces montants 87,2 millions d'euros au titre des dons de vaccins effectués par l'État au profit de l'OMS – pour 11,5 millions de doses – et du Chili – pour 1,2 million de doses.

Ainsi, le coût d'acquisition des produits de santé nécessaires à la campagne de vaccination s'élèverait à 333,6 millions d'euros, dont :

- 295,5 millions d'euros pour les vaccins ;
- 9,1 millions d'euros pour les autres consommables médicaux, notamment les seringues ;
- 29 millions d'euros pour les prestations logistiques nécessaires, notamment celles des grossistes répartiteurs de produits de santé.

Ce montant est inférieur de 56 % aux prévisions sur la base desquelles le taux de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires avait été fixé à 0,77 %. Pour réduire en conséquence la contribution mise à la charge des organismes complémentaires, il est donc proposé de réduire de 56 % le taux de la contribution, ce qui revient à le fixer à 0,34 %.

Le produit de la contribution devrait ainsi s'établir à 110 millions d'euros. Il en résulte pour les organismes de base une perte de recettes de 140 millions d'euros par rapport aux dispositions en vigueur.

En application de l'article 10 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, la contribution exceptionnelle est exigible le dernier jour du premier mois suivant le trimestre civil au titre duquel les cotisations et primes sur lesquelles elle est assise ont été émises ou encaissées. Elle est recouvrée et contrôlée par l'URSSAF territorialement compétente – sauf si un arrêté ministériel confie cette compétence à une autre URSSAF ou à l'ACOSS –, conformément aux règles, garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale.

Or, selon les informations fournies à votre Rapporteur par les représentants de la Fédération nationale de la mutualité française, près de 130 millions d'euros

auraient déjà été prélevés, bien que, selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, les URSSAF aient d'ores et déjà décalé le recouvrement de l'échéance du troisième trimestre, anticipant le vote du présent article. Une régularisation du trop-perçu devra donc être effectuée. Les représentants des organismes complémentaires entendus par votre Rapporteur ont unanimement souhaité qu'elle puisse être rapide.

*

La commission examine l'amendement AS 463 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'article 3 abaissant le taux de contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie à l'achat des vaccins contre la grippe A, qui a déjà fait l'objet de prélèvements trimestriels en 2010, l'amendement vise à garantir que le trop-perçu leur sera intégralement reversé avant le 1^{er} avril 2011. La date, qui convient à ces organismes, permettra de prendre en compte les premiers versements effectués au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

Mme Catherine Lemorton. La contribution des régimes complémentaires sera-t-elle proportionnelle au nombre de vaccins utilisés ou tiendra-t-elle compte également des vaccins conservés en stock ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Elle correspondra au nombre de vaccins achetés.

Mme Catherine Lemorton. L'an dernier, vous aviez fixé le taux de remboursement des organismes au prix, dans le ticket modérateur, d'une vaccination en médecine ambulatoire. À présent, vous leur demandez de participer au remboursement de vaccins qui n'ont pas été injectés. Ce procédé pour le moins bizarre ne s'apparente-t-il pas à l'instauration d'une taxe supplémentaire ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Devant la commission, Mme la ministre, que nous avons interrogée à ce sujet, nous a répondu que tous les vaccins qui avaient été donnés ou qui avaient fait l'objet d'une renégociation avec les laboratoires ne seraient pas remboursés, tandis que les assurances complémentaires participeraient au financement de ceux qui ont été achetés. C'est pourquoi je soutiens l'amendement d'Yves Bur.

M. Élie Aboud. Je ne veux pas rouvrir le débat sur la pandémie, mais il serait logique que les vaccins achetés par le ministère correspondent à la demande.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Nous avons imaginé de demander aux assureurs complémentaires une contribution de 250 millions d'euros, montant qui a été réduit de 56 %, pour être ramené à 110 millions d'euros. Il serait logique qu'ils participent à l'achat des vaccins, qui,

pour la plupart, ont été injectés, alors même qu'ils ne contribuent pas au remboursement de l'injection elle-même. Je rappelle qu'un accord est intervenu à ce sujet entre le Gouvernement et les assureurs complémentaires. Mon seul souci est que cette somme leur soit versée assez rapidement. Ils ont approuvé la date du 1^{er} avril 2011.

Mme Catherine Lemorton. L'an dernier, le Gouvernement a commandé 94 millions d'unités vaccinales, avant d'en décommander 50 millions. Restent 44 millions, dont seulement 6 ou 7 ont été utilisés. Même si l'on déduit ceux qui ont été donnés ou qui ont fait l'objet d'une négociation, combien de vaccins sont encore en stock, qui ne pourront être employés cet hiver pour prévenir la grippe saisonnière puisque la souche est désormais présente dans le vaccin contre la grippe saisonnière ? Vous prétendez que tous les organismes complémentaires ont consenti à payer le ticket modérateur pour des millions de doses qui ne seront jamais utilisées, mais ce n'est pas exactement ce qu'elles nous ont dit quand nous les avons reçues.

M. Jean Mallot. La démonstration est imparable.

La commission adopte l'amendement AS 463.

La commission adopte l'article 3 ainsi modifié.

Article 4

Rectification des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre pour 2010

En vertu du 1^o 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 2010 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 2010.

Les articles de la loi de financement pour 2010 sur lesquels portent les rectifications proposées par le présent article sont :

– l'article 27, 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 28, approuvant le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

– l'article 29, approuvant le tableau d'équilibre du régime général ;

– l'article 30, approuvant le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, en l'occurrence le seul FSV.

1. Les régimes obligatoires de base

Le 1° 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 27 de la loi de financement pour 2009, et ce tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 28 de la même loi, sont mis en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications que propose d'y apporter le présent article.

Tableau d'équilibre 2010 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Prévisions (LFSS 2010)			Prévisions rectifiées (PLFSS 2011)		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	164,6	179,1	– 14,5	167,1	178,4	– 11,2
Vieillesse	182,4	195,0	– 12,6	184,2	194,6	– 10,5
Famille	50,1	54,5	– 4,4	51,2	53,8	– 2,6
AT-MP	12,1	12,9	– 0,7	12,2	12,7	– 0,4
Total (hors transferts)	403,7	435,9	– 32,2	409,3	434,1	– 24,8

Sources : LFSS 2010 et PLFSS 2011

Le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2011 éclaire le contexte macro-économique dans lequel s'inscrit l'exercice 2010. Le taux de prélèvements obligatoires des administrations de sécurité sociale devrait se stabiliser en 2010 à 22,6 % du PIB. L'évolution spontanée n'augmenterait pas le taux de prélèvements obligatoires des administrations de sécurité sociale (champ plus large que celui de la loi de financement). En effet, la majorité des recettes de la sécurité sociale ayant pour assiette la masse salariale (cotisations sociales, CSG) et celle-ci évoluant au même rythme que le PIB en valeur en 2010, l'élasticité de ces prélèvements obligatoires serait unitaire. Par ailleurs, l'impact des mesures nouvelles affectant les recettes sociales serait très faible.

Après un recul de 0,4 % en 2009, les recettes des administrations de sécurité sociale croîtraient de 2 % en 2010, comme la masse salariale. Cette hausse

tient également au relèvement du taux du forfait social, à la suppression de l'exonération dont bénéficiaient certains contrats d'assurance vie au moment de la succession et à la contribution exceptionnelle prélevée sur les organismes complémentaires, qui sont toutefois compensées par le coût de la mesure concernant l'interlocuteur social unique.

En 2009, les recettes de l'ensemble des régimes avaient été rectifiées spectaculairement à la baisse (– 3,3 %), soit une perte de 14,4 milliards d'euros de recettes par rapport aux prévisions initiales. En 2010, la prévision s'est révélée en revanche excessivement pessimiste : les recettes sont supérieures de 5,6 milliards d'euros aux montants prévus (+ 1,4 %). Initialement évaluée à – 0,4 %, l'évolution de la masse salariale du secteur privé serait finalement positive (+ 2 %). Or, on sait que 1 point de masse salariale équivaut à environ 2 milliards d'euros de recettes pour le seul régime général.

S'agissant du solde, en 2009, l'aggravation du déficit de l'ensemble des régimes par rapport à la prévision initiale avait atteint 13,3 milliards d'euros, le déficit attendu faisant ainsi plus que doubler, pour s'élever à près de 25 milliards d'euros. En 2010, l'amélioration du solde s'élève à 7,4 milliards d'euros. Toutes les branches en bénéficient : 3,3 milliards d'euros pour la maladie, 2,1 milliards d'euros pour la famille, 1,8 milliards d'euros pour la vieillesse et 300 millions d'euros pour les accidents du travail et maladies professionnelles.

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 27 de la loi de financement pour 2010, et ce tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 29 de la même loi, sont mis en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications que propose d'y apporter le présent article.

Tableau d'équilibre 2010 du régime général

(en milliards d'euros)

	Prévisions (LFSS 2010)			Prévisions rectifiées (PLFSS 2011)		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	141,2	155,7	– 14,5	143,2	154,6	– 11,4
Vieillesse	92,1	102,9	– 10,7	93,8	102,4	– 8,6
Famille	49,6	54,1	– 4,4	50,7	53,3	– 2,6
AT-MP	10,6	11,4	– 0,8	10,9	11,3	– 0,5
Total (hors transferts)	288,1	318,5	– 30,5	293,3	316,5	– 23,1

Sources : LFSS 2010 et PLFSS 2011

En 2009, la rectification des tableaux d'équilibre avait été marquée par une chute des recettes de 12,7 milliards d'euros par rapport aux prévisions initiales et un déficit accru de 13 milliards d'euros.

Par rapport au « tendancier » pour 2010 présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en octobre 2009, le projet de loi de financement pour 2010 devait redresser les comptes à hauteur de 3,1 milliards d'euros et ramener le déficit à 30,5 milliards d'euros. Au regard de cet objectif initial, le déficit se révèle inférieur de 7,4 milliards d'euros. En fait, les recettes ont été supérieures de 5,2 milliards d'euros à ce qui était prévu, expliquant les deux tiers de l'évolution favorable constatée en cours d'exercice.

Le phénomène précédemment constaté pour l'ensemble des régimes vaut évidemment pour le seul régime général : le déficit de toutes les branches est moindre que prévu, à commencer par celui de la maladie (– 3,1 milliards d'euros), mais aussi ceux de la vieillesse (– 2,1 milliards d'euros), de la famille (– 1,8 milliard d'euros) ainsi que des accidents du travail et maladies professionnelles (– 300 millions d'euros). Même par rapport aux données communiquées à la Commission des comptes de la sécurité sociale en juin dernier, l'amélioration se monte à 1,9 milliard d'euros pour l'ensemble du régime général.

Selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale le 28 septembre dernier, 2010 confirmerait la décélération des charges (+ 3,4 % contre + 3,3 % en 2009 et + 4,2 % en 2008) et l'écart avec la progression des produits, qui était quasiment nul en 2007 et 2008, se réduirait à – 0,8 %, contre 3,4 % en 2009. Pour mémoire, 1 point d'écart entre recettes et dépenses correspond à un déficit de 3 milliards d'euros.

Le redémarrage des produits sur les revenus d'activité semble se faire progressivement, après la quasi-stabilité de 2009 : malgré la modération des cotisations dans le secteur public, voire leur baisse chez les professions indépendantes, la hausse des produits sur les revenus d'activité s'élèverait à 1,6 % en 2010, bien sûr grâce à la progression de la masse salariale, mais aussi, à hauteur de 0,3 point, grâce à une moindre progression des exonérations de cotisations. Cette hausse reste toutefois inférieure à celle de la masse salariale, de même qu'en 2009 la baisse n'avait pas été aussi brutale que celle de la masse salariale.

Les effets de la crise se font en revanche nettement plus sentir sur les produits des prélèvements sociaux sur les revenus du capital, essentiellement la CSG, en léger recul pour le régime général en 2010 après une chute de 15,4 % en 2009. Quant aux impôts et taxes affectés, leur produit serait quasiment stable (+ 0,9 %).

Le solde 2010 ne sera pas modifié par l'affectation au budget de l'État de l'excédent du « panier fiscal » compensant les allègements généraux de cotisations sociales. En effet, en droits constatés, il n'y a pas d'excédent du « panier » mais

une compensation à l'équilibre, de telle sorte que l'excédent de caisse restera affecté à l'État sans modification du solde du régime général, bien qu'il soit présenté en droits constatés.

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

Le 3° 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 30 de la loi de financement pour 2010, est mis en regard, dans le tableau ci-après, des rectifications que propose d'y apporter le présent article. Depuis la dissolution du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), intervenue le 1^{er} janvier 2009, seul le FSV figure parmi les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Tableau d'équilibre 2010 des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Prévisions (LFSS 2010)			Prévisions rectifiées (PLFSS 2011)		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
FSV	12,9	17,4	- 4,5	13,3	17,6	- 4,3

Sources : LFSS 2010 et PLFSS 2011

En 2009, la sensibilité à la conjoncture économique des produits et des charges du FSV expliquait un fort décalage entre la prévision initiale et la prévision rectifiée. En 2010, la dégradation du déficit est un peu moins grave que prévu, grâce à des recettes plus élevées (400 millions d'euros) et malgré des dépenses également en progression (200 millions d'euros). Mais à 4,3 milliards d'euros, le déficit se détériorerait de près de 1,1 milliard d'euros par rapport à 2009.

Les charges nettes du fonds augmentent en 2010 à un rythme presque aussi soutenu qu'en 2009 (+ 9,6 % contre + 10,3 %). Les prises en charge de cotisations au titre du chômage progressent de 7,8 % : après une augmentation de 440 000 en 2009, la moyenne annuelle du nombre de chômeurs pris en compte s'est accrue de 210 000. En outre, depuis le 1^{er} juillet, le fonds prend en charge les cotisations vieillesse au titre des périodes de maladie et d'accidents du travail au bénéfice des régimes alignés (CNAV, salariés agricoles et RSI). La prise en charge du minimum vieillesse (+ 4,5 %) et des majorations de pensions (+ 2,6 %) évolue à un rythme moins rapide.

Fortement minorées en 2009 par le transfert à la CADES d'une fraction du produit de la CSG, les recettes du FSV retrouveraient un rythme de progression de 3,5 % en 2010 : davantage que la CSG (+ 1,7 %) ou même la contribution sur les

retraites « chapeau » (dont le produit bénéficie du doublement des taux), ce sont les transferts de la CNAF au titre des majorations de pensions pour enfants qui augmentent de façon très dynamique (+ 24,7 %), dans le cadre du transfert progressif de cette charge à la CNAF. Mais, il faut rappeler que les recettes du FSV ont été minorées à due concurrence par le biais d'un transfert à la CNAV de l'essentiel de la fraction du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital perçue par le fonds.

Dans ces conditions, le déficit du fonds atteindrait 31,9 % de ses recettes, contre 24,6 % en 2009.

4. Le solde d'ensemble 2010

Afin de disposer d'un aperçu de la situation financière prévisionnelle pour l'exercice 2010 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, pour une meilleure évaluation du déficit d'ensemble, il convient donc d'ajouter le solde du FSV (- 4,3 milliards d'euros), soit un total de 29,2 milliards d'euros, à comparer à 11,1 milliards d'euros en 2007, 11,2 milliards d'euros en 2008 et 24,9 milliards d'euros en 2009. Mesurée selon les agrégats de la loi de financement, la détérioration globale par rapport à 2009 atteint 4,3 milliards d'euros, dont 800 millions d'euros imputables à la branche maladie, 2,7 milliards d'euros à la branche vieillesse (FSV compris) et 800 millions d'euros à la branche famille, seule la branche des accidents du travail apparaissant en amélioration (+ 200 millions d'euros).

*

La commission adopte l'article 4 sans modification.

Article 5

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

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 32 de la loi de financement pour 2010.

1. La CADES : 5,1 milliards d'euros de dette amortie

L'objectif 2010 d'amortissement de la CADES avait été fixé à 5 milliards d'euros. Le présent article majore ce montant, qui est porté à 5,1 milliards d'euros.

Après les fortes croissances de 2006 (+ 5,8 %), 2007 (+ 3,7 %) et 2008 (+ 5,3 %), le produit de la CRDS a reculé en 2009 (- 1,4 %), mais les ressources de la CADES bénéficient depuis 2009 de l'apport de 0,2 point de CSG (2,2 milliards d'euros). En 2010, tant la CRDS que la CSG resteraient quasiment stables (+ 0,7 % à 0,8 %) et les recettes totales de la CADES atteindraient donc 8,1 milliards d'euros, permettant un amortissement légèrement plus important que prévu.

En déduisant de ces recettes 3 milliards d'euros de frais financiers nets, ce sont bien 5,1 milliards d'euros qui seraient amortis en 2010. L'amortissement cumulé s'élèverait ainsi, fin 2010, à 47,8 milliards d'euros. L'ensemble des dettes sociales reprises par la CADES depuis sa création en 1996 se montant, à la même date, à 134,6 milliards d'euros, 86,7 milliards d'euros resteraient donc à amortir.

Ainsi que l'indique l'annexe 8, pour 2010, la CADES a mis en place un programme de financement de 15 milliards d'euros, se composant d'émissions à long terme, principalement d'emprunts de référence en euros (pour 6 milliards d'euros) et en dollars ainsi que de financements à court terme à hauteur de 3 milliards d'euros en fin d'année. En juin, elle a émis avec succès un nouvel emprunt obligataire à dix ans pour 2,5 milliards d'euros. Depuis le début de l'année, elle a également émis trois emprunts de référence en dollars pour un total de 4,5 milliards de dollars. Enfin, comme en 2009, elle a procédé à l'augmentation de souches déjà existantes, comme l'augmentation de 1 milliard d'euros, le mois dernier, de la taille de son emprunt à échéance avril 2021, le portant ainsi à 3,5 milliards d'euros.

Le niveau extrêmement favorable des taux d'intérêt s'est maintenu en 2010, le taux de refinancement moyen annuel s'élevant, au 31 août, à 3,39 % au lieu de 3,3 % en 2009. Et encore cette légère progression ne tient-elle pour l'essentiel qu'au changement de nature des émissions de la CADES, dont la durée s'est, en effet, allongée au fur et à mesure de l'absorption des 27 milliards d'euros de reprise de dette.

Au 31 juillet 2010, 19,9 % de l'encours de dette de la CADES arrivait à échéance à moins d'un, 42,2 % entre un et cinq ans, et 37,9 % à plus de cinq ans. À la même date, les obligations en euros constituaient plus de la moitié de cet encours (53,5 %), et il faut y ajouter les obligations en devises (21 %) et les obligations indexées sur l'inflation (13,1 %). Par type de taux, la dette se répartit entre 11,8 % à taux variable, 73 % à taux fixe et 15,2 % à taux indexé.

2. Le FRR : 2,4 milliards d'euros de recettes affectées

L'objectif révisé d'affectation de recettes au FRR, soit 2,4 milliard d'euros, est très significativement supérieur au montant initial fixé en loi de financement pour 2010, à savoir 1,5 milliard d'euros.

Cette différence s'explique essentiellement par la vente de la dernière licence d'utilisation des fréquences de téléphonie mobile de troisième génération (UMTS) et par l'attribution des derniers lots de fréquences résiduelles, pour un montant total de 822 millions d'euros. Limitée au cours des récents exercices à la redevance de 1 % du chiffre d'affaires annuel réalisé sur cette activité, soit 33 millions d'euros en 2009, la contribution de la téléphonie mobile au FRR atteindrait donc 874 millions d'euros en 2010.

L'autre principale recette du fonds, à savoir une fraction de 65 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du capital, progresserait en 2010 (+ 5,9 %) après sa chute en 2009 (- 20,6 %).

Le résultat financier du fonds serait légèrement négatif en 2010 (- 50 millions d'euros), les frais de gestion administrative atteignant par ailleurs 73 millions d'euros.

Avec 31,5 milliards d'euros d'abondements cumulés (y compris la soule des industries électriques et gazières) et une valeur de marché du portefeuille estimée au 1^{er} octobre à 35,6 milliards d'euros, le FRR a réalisé à ce jour en 2010 une performance de + 1,8 % et depuis l'origine une performance annualisée de + 2,9 % (soit + 1,4 % en termes réels). Ce portefeuille est actuellement placé pour près de 60 % en actifs obligataires et de trésorerie et pour les 40 % restant en actifs de performance (dont 33 % d'actions, 4 % d'immobilier et 3,5 % de matières premières). Fin 2009, la part des actifs de performance était encore de 52,4 %.

*

La commission adopte l'article 5 sans modification

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 7

Prévisions rectifiées des objectifs de dépenses par branche

Le 2° 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 2010 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du régime général, qui avaient été respectivement fixés par les articles 28 et 29 de la loi de financement pour 2010.

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 loi de financement pour 2010.

Objectifs de dépenses 2010 de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses (LFSS 2010)	Objectifs rectifiés (PLFSS 2011)	Évolution	
			(en milliards d'euros)	(en %)
Maladie	179,1	178,4	- 0,7	- 0,4
Vieillesse	195,0	194,6	- 0,6	- 0,3
Famille	54,5	53,8	- 0,7	- 1,3
AT-MP	12,9	12,7	- 0,2	- 1,6
Total (hors transferts)	435,9	434,1	- 1,8	- 0,4

Sources : LFSS 2010 et PLFSS 2011

Réévalué à la hausse en cours d'exercice, de 3,7 % en 2006, de 1,1 % en 2007 et 0,4 % en 2008, le montant total des dépenses de l'ensemble des régimes est à nouveau révisé à la baisse (- 0,4 %), comme en 2009 (- 0,2 %).

Le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2011 observe que les prestations versées par les administrations de sécurité sociale progresseraient en valeur de 4 % en 2010, après 5 % en 2009. Elles demeureraient ainsi les premières contributrices à la croissance de la dépense publique, à hauteur de 1 point. Mais cette contribution s'expliquerait d'abord par le dynamisme des allocations chômage, qui progresseraient de 10 % en termes réels. Le rapport constate que les dépenses incluses dans le champ de la loi de financement évoluent en revanche de façon beaucoup moins dynamique :

– les prestations vieillesse ralentiraient (+ 3,7 %, après + 4,2 %) en raison des mesures relatives à la hausse de la durée d'assurance pour un départ à la retraite à taux plein et au durcissement des conditions de départs anticipés ainsi que d'une revalorisation des pensions privées plus limitée qu'en 2009 (+ 0,9 % après + 1,3 %) ;

– les prestations familiales progresseraient faiblement (+ 0,7 %) en raison du contrecoup de l'effet prix constaté en 2009 et des règles d'indexation en vigueur, stabilisant la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) ;

– l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM) serait strictement respecté, grâce aux mesures de la loi de financement pour 2010 et aux dispositions prises en mai dernier afin de prévenir tout risque de dépassement de l’objectif.

Le II du présent article fixe les prévisions rectifiées pour le seul régime général, dont les principales tendances sont bien évidemment 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 pour 2010.

Objectifs de dépenses 2010 du régime général

(en milliards d’euros)

	Objectifs de dépenses (LFSS 2010)	Objectifs rectifiés (PLFSS 2011)	Évolution	
			(en milliards d’euros)	(en %)
Maladie	155,7	154,6	– 1,1	– 0,7
Vieillesse	102,9	102,4	– 0,5	– 0,5
Famille	54,1	53,3	– 0,8	– 1,5
AT-MP	11,4	11,3	– 0,1	– 0,9
Total (hors transferts)	318,5	316,5	– 2,0	– 0,6

Sources : LFSS 2010 et PLFSS 2011

Ces évolutions tiennent à un ralentissement de la croissance des prestations pour la maladie (+ 2,8 %) – malgré la forte dynamique des dépenses hospitalières signalée par le comité d’alerte en mai dernier, mais grâce aux mesures correctrices prises en cours d’année – et, dans une moindre mesure, pour la vieillesse (+ 4,3 %), notamment sous l’effet de moindres départs en retraite anticipée.

*

La commission adopte l’article 7 sans modification.

TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL
POUR 2011

Section 1

Reprise de dette

Article 9

(art. 2, 4, 6 et 7 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ; art. L. 135-3, L. 135-6, L. 135-7, L. 137-5, et L. 245-16 du code de la sécurité sociale ; art. 45 de la loi du 30 décembre 2005 de finances pour 2006)

Reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale

Le présent article vise à organiser la reprise par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour les exercices 2009 à 2011 et des déficits de la branche vieillesse et du FSV jusqu'en 2018.

1. Les précédentes opérations effectuées par la CADES

Au total, la CADES a repris, depuis 1996, 134,6 milliards d'euros de dettes. Cette reprise s'est effectuée en plusieurs temps.

Dès sa création, elle a repris un montant de 44,7 milliards d'euros (293 milliards de francs) correspondant :

– au prêt de 16,8 milliards d'euros (110 milliards de francs) consenti en octobre 1993 à l'ACOSS par la Caisse des dépôts et consignations au-delà de ses traditionnelles avances conventionnelles, dette transférée à l'État par l'article 105 de la loi de finances pour 1994 et augmentée de 6,6 milliards d'euros (43,4 milliards de francs) d'intérêts ; la CADES devait ainsi se substituer au FSV et verser 1,9 milliard d'euros (12,5 milliards de francs) au budget de l'État jusqu'en 2008 ;

– aux déficits cumulés au 31 décembre 1995, soit 18,3 milliards d'euros (120 milliards de francs) pour le régime général et 460 millions d'euros (3 milliards de francs) pour le régime des indépendants, et au déficit prévisionnel du régime général pour 1996, soit 2,6 milliards d'euros (17 milliards de francs) ; fin 1995, la Caisse des dépôts et consignations avait consenti à l'ACOSS un prêt de 137 milliards de francs qui a donc pu lui être remboursé courant 1996.

La CADES a ensuite repris le déficit de l'exercice 1997 et le déficit prévisionnel 1998 du régime général, soit un total de 13,3 milliards d'euros

(87 milliards de francs). Son échéance a ainsi été reportée *ipso facto* de janvier 2009 à janvier 2014.

Puis, les lois de financement pour 2003 et pour 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), pour un total de 2,4 milliards d'euros.

Surtout, 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 ; dans les faits, après régularisations intervenues en 2005, 2006 et 2007, ce sont respectivement 33,3 milliards d'euros et 12 milliards d'euros qui ont été transférés. L'échéance de la CADES a donc à nouveau été reportée, cette fois-ci de sept ans, pour atteindre ainsi 2021.

Enfin, la loi de financement pour 2009 a confié à la CADES une dette de 27 milliards d'euros, correspondant aux déficits cumulés de l'assurance maladie au titre de 2007 et 2008 (9,1 milliards d'euros), de l'assurance vieillesse au titre des exercices 2005 à 2008 (13,9 milliards d'euros) et du FSV depuis sa création (1994) jusqu'en 2008 (4 milliards d'euros), soit 10 milliards d'euros fin 2008 et 17 milliards d'euros au premier trimestre 2009.

Conformément au mécanisme mis en place par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale et contrairement aux reprises de dette intervenues jusqu'alors, cette opération ne s'est pas traduite par un allongement de la durée d'amortissement de la dette, mais par l'apport d'une nouvelle ressource (0,2 point de CSG) à la CADES.

Reprises de dettes par la CADES

(en milliards d'euros)

	1996	1998	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Régime général	20,89	13,26	–	35	6,61	5,7	– 0,06	8,7	14,3	104,4
FSV								1,3	2,7	4,0
État	23,38	–	–	–	–	–	–	–	–	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	10,0	17,0	134,61
Cumul	44,73	57,99	59,27	95,36	101,97	107,67	107,61	117,61	134,61	–

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2010)

2. La reconstitution de la dette

Depuis l'institution de la CADES 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 de la branche *maladie*, la CADES a repris les déficits cumulés en 1996, en 1998, en 2004, en 2005, en 2006 et en 2008-2009. Les déficits 2009 (*cf.* article 1^{er}) et 2010 (*cf.* article 4), pour un total de 22 milliards d'euros, ne sont donc pas 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 Fonds de réserve pour les retraites (FRR). Les déficits cumulés entre 2005 et 2008 ont été repris en 2008-2009. Comme pour la branche maladie, les déficits 2009 et 2010, pour un total de 15,8 milliards d'euros, ne sont donc pas 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'était constitué. En vertu de la séparation financière entre les différentes branches du régime général, ces soldes 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 :

CNAF – Report à nouveau (après affectation du résultat) (1996-2009)

(en millions d'euros)

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1 871	2 598	2 399	2 427	3 979	5 680	6 663	7 072	5 546	4 244	3 511	3 642	3 305	1 476

Sources : *Rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale*

Autrement dit, avec le déficit attendu pour 2010 (2,6 milliards d'euros), le report à nouveau de la CNAF devient négatif et sa dette doit donc être reprise.

Enfin, le *FSV* a bénéficié pour la première fois en 2008-2009 d'une reprise de son stock de dette, mais les déficits pour 2009 et 2010 s'élèvent déjà à nouveau à 7,5 milliards d'euros.

Dès lors, alors que les « compteurs » avaient été « remis à zéro » fin 2008 – si l'on excepte un reliquat de 9 millions d'euros resté dans les comptes de la CNAV (et qui y demeurera en report à nouveau négatif), car le plafond de reprise, alors fixé à 27 milliards d'euros, n'avait pas permis de transférer l'intégralité de son déficit cumulé à la CADES – il est déjà temps de rouvrir la CADES. Cette évolution était largement prévisible, et la crise économique n'a fait qu'accroître l'ampleur.

En l'état actuel, à la différence de la précédente reprise de dette autorisée par l'article 10 de la loi de financement pour 2009, les dettes portées par l'ACOSS à la fin de 2010 ne se rattachent qu'à deux exercices, ainsi que le montre le tableau ci-après.

Déficits du régime général et du FSV à reprendre par la CADES

(en millions d'euros)

	2009	2010	Cumul
CNAM	10 571	11 480	22 051
AT-MP	713	490	1 203
CNAV	7 233	8 577	15 810
CNAF	1 830	2 642	4 472
FSV	3 162	4 253	7 415
Total	23 509	27 442	50 951

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2010)

La logique aurait été de remettre les reports à nouveau des caisses à zéro, mais une telle opération se heurte à plusieurs difficultés. Les différentes reprises des dettes du régime général ont d'abord été effectuées par le biais d'une approche globale en trésorerie (en 1993, 1996 et 1998) puis en fonction des déficits comptables en droits constatés des branches ; par le passé certaines opérations (notamment des corrections sur les années antérieures) ont été comptabilisées, en accord avec la Cour des comptes, directement au bilan sans affecter les comptes de résultat de l'année ; la lecture du report à nouveau supposerait que le niveau des autres capitaux propres (notamment les réserves) soient fixé selon des règles uniformes, en rapport avec l'activité des caisses (par exemple en fonction du montant des immobilisations et du besoin en fonds de roulement lié aux décalages entre la perception des cotisations et le service des prestations), ce qui n'est pas le cas (les réserves résultent de l'accumulation d'opérations parfois très anciennes, effectuées dans des cadres comptables non identiques).

Dans ses réponses à votre Rapporteur, le Gouvernement indique donc que son choix a été de poursuivre selon la méthode antérieure en reprenant les déficits annuels des branches. Globalement, ce choix est légèrement favorable au régime général, compte tenu du fait que le solde cumulé global des branches famille et accidents du travail sur la période 1999-2008 est de + 1,3 milliard d'euros (+ 2,1 milliards d'euros pour la CNAF et - 800 millions d'euros pour la branche des accidents du travail). L'opération de reprise de dette permettra à la CNAF de maintenir ce léger excédent au sein de ses fonds propres.

Mais la précédente reprise de dettes s'en était tenue aux déficits des exercices en cours. Le Gouvernement propose cette fois-ci d'aller plus loin et d'anticiper la reprise de deux autres ensembles de dettes à venir.

Il s'agit, d'une part, des déficits des branches maladie et famille pour 2011, soit, à ce stade, respectivement 11,5 milliards d'euros et 3 milliards d'euros.

D'autre part et surtout, il s'agit des déficits de la branche vieillesse et du FSV jusqu'en 2018 : c'est en effet à cette date que la montée en charge de la réforme des retraites devrait permettre d'équilibrer globalement l'ensemble des régimes obligatoires (de base et complémentaires). Ces déficits devraient diminuer comme indiqué dans le tableau ci-après, laissant un déficit global de 62 milliards d'euros.

Déficits de la CNAVTS et du FSV (2011-2018)

(en milliards d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
CNAVTS	6,9	7,4	8	7,7	6,7	4,6	3,4	1	45,7
FSV	3,8	3,6	3,1	2,4	1,8	1,1	0,5	–	16,3
Total	10,7	11	11,1	10,1	8,5	5,7	3,9	1	62

Sources : PLFSS 2011 et ministère du budget

Toutefois, comme la réouverture de la CADES ne s'accompagne pas d'un plan d'ensemble de redressement des comptes sociaux et que les déficits se reconstitueront donc inmanquablement à partir de 2012, resteront donc à financer les déficits des branches maladie et famille (31,5 milliards d'euros jusqu'en 2014 inclus), sans parler de ceux des autres régimes, à commencer par le régime des exploitants agricoles, dont la branche vieillesse est structurellement déficitaire à hauteur de plus de 1 milliard d'euros par an.

3. Les nouvelles reprises de dettes par la CADES

Par rapport à la précédente reprise de dettes, le dispositif apparaît plus complexe, et ce pour plusieurs raisons :

- les montants en cause sont plus importants, puisqu'ils autorisent la CADES à reprendre un montant équivalent à celui qu'elle a déjà repris depuis 1996 ;

- les opérations en cause sont de deux natures, comprenant la reprise de dettes anciennes mais aussi futures, et distinguent donc deux ensembles distincts de dettes ;

- le financement de ces reprises déroge, bien plus que celui associé à la reprise de 2008-2009, au principe selon lequel la CADES est financée par la CRDS.

Le **a du 2° du I** complète l'article 4 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 afin de prévoir le transfert par la CADES à l'ACOSS des montants suivants :

- d'une part, d'ici le 31 décembre 2011, les déficits des exercices 2009 et 2010 de l'ensemble des branches du régime général et du FSV, ainsi que des déficits prévisionnels des branches maladie et famille pour l'exercice 2011,

l'ensemble dans une limite de 68 milliards d'euros ; un décret fixera les montants et dates de versements ainsi que la régularisation au regard des montants définitifs de l'exercice 2010 ;

– d'autre part, les déficits des exercices 2011 à 2018 de la branche vieillesse et du FSV, dans une limite de 62 milliards d'euros pour l'ensemble de la période et de 10 milliards d'euros par an ; les dates et montants des versements, qui devront intervenir chaque année avant le 30 juin, seront fixés par décret.

Comme en 2008-2009, si, en exécution, le montant total des déficits cumulés devait finalement dépasser la limite autorisée, priorité serait donnée à la reprise des déficits les plus anciens, puis, pour le dernier exercice, à la branche maladie puis à la branche famille pour la première partie de la reprise, et à la branche vieillesse pour la seconde partie de la reprise. Pour ce qui est de la première reprise, le montant de 68 milliards d'euros apparaît suffisant en l'état actuel, le montant prévu des déficits à reprendre étant inférieur à 66 milliards d'euros.

Alors que les précédentes opérations de reprise ont intégralement porté sur les branches maladie et vieillesse, il faut relever cette fois-ci la reprise de déficits des branches famille et accidents du travail. Pour cette dernière, suite aux reprises de 1996-1998, qui ont été effectuées de manière globale et ont donc bénéficié à toutes les branches, les résultats cumulés de la branche des accidents du travail se sont élevés à – 800 millions d'euros entre 1999 et 2008, montant inférieur au report à nouveau initial du début de la période. L'aggravation des déficits en 2009 et 2010 a conduit à déséquilibrer largement cette situation, ce qui justifie l'inclusion exceptionnelle de la branche AT-MP dans le dispositif de reprise.

Selon les informations communiquées à votre Rapporteur, le calendrier prévisionnel de la première partie de la reprise de dettes serait le suivant :

- versement par la CADES de 15 milliards d'euros en février 2011 ;
- versements par la CADES de 10 milliards d'euros en mars, avril, mai et juin 2011 ;
- versement du solde par la CADES, soit un maximum de 13 milliards d'euros, au cours du dernier trimestre 2011.

Pour la CADES, il s'agira bien sûr en conséquence de procéder à des emprunts nouveaux de l'ordre de 30 à 40 milliards d'euros par an en 2011 et 2012, et d'allonger progressivement la durée de ses emprunts.

De ce fait, l'article 33 du présent projet de loi peut significativement diminuer, à compter du 1^{er} juin 2011, 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 58 milliards d'euros à 20 milliards d'euros.

Qui paie – même tardivement – ses dettes s’enrichit : l’annexe 9B évalue ainsi à 755 millions d’euros l’économie de frais financiers résultant de la reprise de dettes par la CADES. Les frais financiers tendanciels se fondent sur une hypothèse de taux d’intérêt de 1 % en 2010 et 1,5 % en 2011 : l’explosion des frais financiers hors reprise de dettes s’applique par le quasi-doublement du besoin de financement moyen.

Frais financiers nets du régime général (2010-2011)

(en millions d’euros)

	2010	2011 (sans reprise)	2011 (avec reprise)	Économie réalisée
CNAM	161	467	57	410
AT-MP	16	31	13	18
CNAV	159	447	172	275
CNAF	1	55	- 30	85
Total	337	1 000	212	788

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2010)

Par ailleurs, le **1° du I** procède à un aménagement rédactionnel au sein de l’ordonnance du 24 janvier 1996, tandis que le **b du 2° du I** déplace et aménage le dispositif prévoyant 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 des exercices ayant fait l’objet d’une ou plusieurs mesures de transfert, sauf si une disposition législative dispose qu’il s’agit d’acomptes. L’objet de cette disposition est de figer la situation résultant de l’apurement de la situation des 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.

4. Le financement de la nouvelle reprise de dettes

Le présent article définit ensuite les ressources qui, compte tenu notamment de la contrainte introduite en 2005 et du projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale en cours d’examen au Parlement, doivent permettre à la CADES d’assurer le remboursement du principal et des intérêts de la dette qui lui est confiée.

À cette fin, le **3° du I** réécrit entièrement l’article 6 de l’ordonnance du 24 janvier 1996.

La CADES conserve bien entendu ses ressources actuelles, qui lui permettent de rembourser les 134,6 milliards d’euros de dettes transférés depuis 1996 :

– le produit des contributions pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), qui lui est affecté depuis 1996 (articles 14 à 20 de l’ordonnance du 24 janvier 1996) ;

– une fraction (0,2 point) du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, c’est-à-dire la CSG.

Pour le reste, le Gouvernement a choisi de combiner un allongement de la durée de vie de la caisse et l’affectation de différentes ressources nouvelles à son profit.

a) Le choix d’un allongement de la durée de vie de la CADES pour la reprise de la « dette de crise »

Le financement d’une partie de la première reprise de dettes autorisée par le présent article est assuré en partie par un allongement de la durée de la vie de la CADES, qu’autorise l’article 1^{er} du projet de loi organique susmentionné pour une durée maximale de quatre années. Mais cet allongement, auquel votre commission des affaires sociales, suivant votre Rapporteur, s’était opposé, ne permet de reprendre qu’environ 34 milliards d’euros, présentés comme correspondant à la « dette de crise », c’est-à-dire à la part des déficits de 2009 et 2010 résultant de la dégradation de la conjoncture économique.

Il reste donc à financer, d’une part, les 34 milliards d’euros restants de la première reprise de dettes (« dette structurelle ») et, d’autre part, les 62 milliards d’euros de la seconde reprise.

b) Quelles nouvelles recettes pour la reprise de la « dette structurelle » ?

Pour ce qui est de la seconde partie de la première reprise, le montant annuel de ressources permettant à la CADES d’y faire face s’élève à 3,55 milliards d’euros. En l’état, le projet de loi propose non pas d’y affecter le produit d’une majoration du taux des ressources actuelles de la CADES (CRDS ou CSG), mais trois recettes différentes, instituées et affectées à la caisse par les articles 7, 8 et 9 du projet de loi de finances pour 2011 :

– une taxe de 3,5 % sur les contrats d’assurance maladie dits « solidaires et responsables », soit 1,1 milliard d’euros par an ;

– un prélèvement exceptionnel sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d’assurance, soit 850 millions d’euros pour les seuls exercices 2011 et 2012 ;

– un aménagement des règles d’imposition aux prélèvements sociaux de la part en euro des contrats d’assurance vie multisupports, rapportant 1,6 milliard

d'euros en 2011, mais, compte tenu de la durée de vie de ces contrats, des sommes décroissantes pour s'annuler à partir de 2020.

Ces recettes ne possèdent par conséquent ni la lisibilité, ni la solidité, ni la pérennité de celles affectées jusqu'alors à la CADES. En l'état, la reprise de dettes aurait donc sans doute été déclarée contraire à la Constitution, faute de remplir les conditions posées par l'article 4 *bis* de l'ordonnance du 24 janvier 1996, auquel le Conseil constitutionnel a expressément conféré une valeur organique.

Le présent article prévoit donc une garantie de recettes pour la CADES : lorsque les prévisions de ressources provenant de la CRDS, de la CSG et des trois recettes nouvelles susmentionnées apparaissent inférieures à celles qui sont nécessaires à la première partie de la reprise de dettes, c'est-à-dire résultant de 0,76 point de CRDS et de 0,2 point de CSG, la CRDS sera augmentée à due concurrence. Cette disposition va au-delà de celle déjà prévue au second alinéa de l'article 7 de l'ordonnance organique : *« si les prévisions de recettes et de dépenses annuelles de la caisse sur la durée restant à courir de la période pour laquelle elle a été créée font apparaître qu'elle ne serait pas en mesure de faire face à l'ensemble de ses engagements, le Gouvernement soumet au Parlement les mesures nécessaires pour assurer le paiement du principal et des intérêts aux dates prévues »*.

Moyennant cette garantie, il semblait, au vu des auditions menées par votre Rapporteur, que cette solution, pour insatisfaisante qu'elle soit du point de vue des principes et de la clarté de nos finances sociales, permettait toutefois d'atteindre l'objectif essentiel : ne pas obérer la confiance des créanciers de la CADES et ne pas ainsi remettre en cause sa capacité à se financer dans les conditions dont elle bénéficie aujourd'hui.

Cela étant, dans le cadre de la discussion du projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale, le Gouvernement a renoncé à ce schéma initial et a donné son accord à un échange (*swap*) de recettes avec la CNAF proposé par la rapporteure pour avis de la commission des finances. Le projet de loi organique exige désormais que *« l'assiette des impositions de toute nature affectées à la Caisse d'amortissement de la dette sociale porte sur l'ensemble des revenus perçus par les contribuables personnes physiques »*. La CNAF cède ainsi à la CADES le produit de 0,28 point de CSG (soit l'équivalent de celui de 0,26 point de CRDS) et reçoit en échange le produit des trois recettes nouvelles initialement affectées à la CADES.

On peut relever que cette garantie rend inutile celle exprimée en fonction de la CRDS dans la rédaction actuelle du présent article. Surtout, même si le Gouvernement souligne qu'à compter de 2011, les régimes de sécurité sociale bénéficieront de la suppression du lien entre panier fiscal et allègements généraux de cotisations sociales, votre Rapporteur considère que cette solution est fondamentalement insatisfaisante. Elle rappelle, en effet, le mécanisme retenu pour la précédente reprise : en prélevant 0,2 point de CSG sur le FSV au profit de la

CADES, elle a creusé le déficit de ce fonds pour des montants qui se retrouvent aujourd'hui dans la présente reprise de dettes.

c) Le choix du Fonds de réserve pour les retraites pour la reprise des dettes à venir de la branche vieillesse

La reprise des 62 milliards d'euros de déficits de la branche vieillesse et du FSV prévus au cours de la montée en charge de la réforme des retraites impose d'apporter à la CADES 3,6 milliards d'euros de ressources annuelles. Ces montants proviendront tous deux du Fonds de réserve pour les retraites (FRR) :

– d'une part, un versement annuel de 2,1 milliards d'euros (non actualisé) ;

– d'autre part, sa principale ressource, à savoir une fraction de 65 % du produit des prélèvements de 2 % sur les revenus du capital (articles L. 245-14 et L. 245-16 du code de la sécurité sociale), pour un montant de 1,5 milliard d'euros ; dans cette perspective, le projet de loi organique relative à la gestion de la dette sociale précise qu'« à titre dérogatoire, les transferts de dette prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 peuvent en outre être accompagnés de l'augmentation de recettes assises sur les revenus du patrimoine et les produits de placement ».

Le fonctionnement futur du fonds doit donc être revu : c'est l'objet du **b du 2° du II**.

Les sommes affectées au fonds sont mises en réserve jusqu'au 1^{er} janvier 2011, et non jusqu'en 2020 comme initialement prévu. Cette modification du rôle du fonds n'est pas seulement justifiée par l'urgence des besoins créés par la crise économique. En effet, le FRR comme instrument de lissage des besoins financiers à partir de 2020 n'avait réellement de sens que si le chemin peu vertueux ouvert en 1999 par les initiateurs du fonds avait été poursuivi, à savoir l'inertie et l'absence de courage politique. Dès lors que le choix des réformes nécessaires qui vont desserrer l'étau financier et conduire à l'équilibre à l'horizon 2018 a été fait, l'utilité du fonds devenait plus que discutable. En outre, l'ambition de doter le FRR de plus de 150 milliards d'euros était irréaliste, alors que par ailleurs les déficits publics se creusaient : il est donc beaucoup plus utile de mobiliser le milliard et demi d'euros consacré jusque-là au FRR pour couvrir les besoins de financement actuels des régimes de retraite.

Entre le 1^{er} janvier 2011 et 2024, le fonds, qui aura désormais le même horizon que la CADES, lui versera chaque année, au plus tard le 31 octobre, 2,1 milliards d'euros. Le calendrier et les modalités de ces versements seront fixés par convention entre les deux établissements.

Le **a du 4° du II** redéfinit les orientations du FRR, telles que fixées par son conseil de surveillance sur proposition de son directoire : les orientations générales

de la politique de placement des actifs du fonds devront respecter les principes de prudence et de répartition des risques compte tenu de l'objectif et de l'horizon d'utilisation des ressources du fonds, notamment les obligations de versements annuels. De même, le **b du 4° du II** confie au directoire le soin de contrôler plus particulièrement l'adéquation des orientations de la politique de placement avec ces nouvelles obligations de versements annuels.

Enfin, l'évolution du rôle, des missions et des recettes du FRR requiert plusieurs dispositions de coordination.

Le FRR étant désormais un fonds fermé, le **1° du II** réaffecte au FSV la plupart des autres recettes du FRR, dont le produit annuel global est actuellement inférieur à 100 millions d'euros :

- les sommes non réclamées au titre de la participation, de l'intéressement et de l'assurance vie ;
- une fraction de 35 % du produit des parts variables des redevances UMTS ;
- le produit de la contribution sur les abondements aux plans d'épargne pour la retraite collectifs (PERCO).

Le **3° du II** supprime de la liste des recettes du FRR celles qui sont affectées à la CADES ou au FSV, ainsi que la fraction de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) qui pouvait également lui être attribuée. Il ne lui reste donc désormais que les recettes suivantes :

- tout ou partie du résultat excédentaire ou de l'excédent prévisionnel du FSV et de la CNAV ;
- le produit des placements effectués au titre du FRR ;
- tout autre ressource qui lui serait, le cas échéant, affectée.

Les excédents éventuels de la CNAVTS et du FSV ont donc toujours vocation à alimenter le FRR.

Le **a du 2 du II** inclut le FSV parmi les bénéficiaires potentiels des réserves du FRR, tandis que le **5° et le 6° du II** réorientent du FRR vers la CADES respectivement la fraction de 65 % du produit des prélèvements de 2 % sur les revenus du capital et le produit de la contribution sur les abondements aux PERCO. Enfin, le **III** supprime l'affectation du produit des redevances UMTS au FRR.

*

Telles que résultant de la rédaction actuelle du présent article, les recettes de la CADES s'établiraient donc comme suit en 2011 :

Recettes de la CADES (2011)

(en millions d'euros)

CRDS	6 104
CSG	2 268
Taxe sur les contrats « responsables »	1 100
Prélèvement sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance	850
Aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euro des contrats d'assurance vie multisupports	1 600
Prélèvement sur les produits du capital	1 500
Versement du Fonds de réserve pour les retraites	2 100
Total	15 522

Sources : PLFSS 2011 et rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2010)

Le 4^o du I prévoit que l'annexe aux comptes de la CADES présente chaque année les dettes amorties dans l'ordre chronologique des déficits à amortir. Le premier alinéa de l'actuel article 7 de l'ordonnance de 1996 n'avait pas été actualisé à l'occasion des précédentes reprises de dette et n'était pas très clair : dans sa gestion, la CADES ne s'intéresse pas à la génération de créance qu'elle apure. Ce serait du reste impossible, car les emprunts sont en permanence refinancés par d'autres emprunts. Il s'agit donc ici de fixer une règle à portée uniquement comptable, qui répond en outre à une demande de la Cour des comptes sur la présentation des annexes aux comptes des branches ayant bénéficié d'une reprise de dette : la Cour a en effet souhaité que ces annexes présentent à titre d'information l'état d'apurement des dettes transférées. L'information qui figurera dans les comptes de la CADES pourra être reprise par les organismes concernés.

En 2011, l'objectif d'amortissement de la CADES est porté de 5,1 milliards d'euros à 11,7 milliards d'euros (cf. article 28). Si, fin 2010, elle aura amorti 47,9 milliards d'euros des 134,6 milliards d'euros qui lui ont déjà été transférés, sa situation nette se sera considérablement détériorée fin 2011, où il lui restera alors 143 milliards d'euros à amortir.

*

La commission est saisie de l'amendement AS 224 de Mme Marisol Touraine et de l'amendement AS 322 de Mme Jacqueline Fraysse supprimant l'article 9.

M. Christophe Sirugue. Au cours de leur explication de vote sur le texte relatif à la gestion de la dette sociale, les membres du groupe socialiste ont dit leur refus de voir cette dette reportée sur les générations futures. Ils sont cohérents avec cette position, en proposant par l'amendement AS 224 la suppression de l'article 9. J'observe qu'au sein de la majorité, les positions à ce sujet sont beaucoup plus nuancées que ce que Dominique Dord a bien voulu dire.

Mme Martine Billard. L'amendement AS 322 a le même objet, pour les mêmes raisons.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable, car si l'on vous suivait, l'ACOSS devrait supporter un déficit de 80 milliards d'euros. Par ailleurs, le Gouvernement présentera un amendement tenant compte de l'impact du vote intervenu aujourd'hui dans l'hémicycle sur le projet de loi organique, et la CMP se réunira demain – ses conclusions seront donc connues à temps pour que nous puissions nous prononcer sur le texte définitif de cet article 9 au début de la semaine prochaine.

La commission rejette les amendements AS 224 et AS 322.

Elle examine ensuite l'amendement AS 115 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Je ne doute pas que le rapporteur co-signera cet amendement, qui vise à revenir sur l'allongement de la durée de vie de la CADES...

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Ce serait encore aller contre le vote que l'Assemblée nationale vient d'exprimer. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement AS 115.

Elle examine ensuite l'amendement AS 114 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. L'amendement tend à supprimer l'alinéa 17. Comment adopter une rédaction qui n'a plus lieu d'être, alors que l'on sait que l'article sera réécrit par le Gouvernement ?

Suivant l'avis du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS 114, puis l'amendement AS 116, de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean Mallot. Comment la commission peut-elle raisonnablement se prononcer sur l'article 9, alors qu'elle ignore la teneur des amendements à venir du Gouvernement ? De toute évidence, la majorité s'apprête à exprimer un vote sans cohérence aucune avec celui qu'elle a exprimé en séance publique il y a deux heures. Pourquoi le rapporteur ne dépose-t-il pas de son propre chef des amendements de cohérence ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Soyez patient, cher collègue. Un vote a été exprimé, mais la loi n'est pas encore définitivement adoptée.

La commission adopte l'article 9 sans modification.

Section 2

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

Article 10

(art. L. 135-3, L. 137-11 et L. 137-11-1 (nouveau) du code de la sécurité sociale)

Renforcement des prélèvements sur les retraites « chapeau »

L'article 10 du projet de loi de financement a pour objet de renforcer les prélèvements effectués sur les retraites dites « chapeau » c'est-à-dire relevant de l'article L.137-11 du code de la sécurité sociale, afin de les rapprocher des prélèvements de droit commun effectués sur les dispositifs plus classiques de retraite supplémentaire.

L'an dernier, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 avait déjà augmenté les prélèvements sur les retraites « chapeau », mais sans que cela suffise à réduire leur caractère excessivement dérogatoire. Par ailleurs, il était apparu, au cours de la discussion parlementaire, que ce terme générique recouvrait des réalités très différentes sur lesquelles l'on ne disposait que d'éléments très parcellaires.

C'est pourquoi l'Assemblée nationale, à l'initiative de votre rapporteur, avait souhaité disposer, avant le 15 septembre, d'un rapport permettant d'en savoir davantage sur la situation de ces régimes (nombre, hétérogénéité, nombre de personnes couvertes et niveau des rentes...). Malheureusement, à la date de rédaction du présent rapport, ce rapport n'a toujours pas été transmis au Parlement ce qui constitue un vrai handicap pour la capacité du législateur à prendre ses décisions en connaissance de cause.

Pour autant, le dispositif proposé par le Gouvernement, et qui s'inscrit dans le dispositif général de financement de la réforme des retraites, va incontestablement dans le bon sens. Votre rapporteur souhaite néanmoins que les personnes bénéficiant de pensions modestes au titre de l'article L.137-11 ne soient pas touchées par cette augmentation des prélèvements.

A. UN SYSTÈME EXCESSIVEMENT DÉROGATOIRE

L'augmentation des prélèvements décidée l'an dernier n'a pas suffisamment réduit le caractère dérogatoire du dispositif de l'article L. 137-11. Ce qui était pressenti l'an dernier par votre rapporteur est largement confirmé aujourd'hui, en particulier par le Conseil des prélèvements obligatoires dans son récent rapport intitulé « *Entreprises et « niches » fiscales et sociales* ».

1. Le champ de l'article L.137-11 du code de la sécurité sociale

Les retraites « chapeau » visées par le présent article sont uniquement les systèmes à droits aléatoires décrits à l'article L 137-11 du code de la sécurité sociale (article issu de la réforme des retraites de 2003). De manière plus détaillée, ces régimes remplissent plusieurs caractéristiques :

- systèmes de retraite à prestations définies ;
- à droits aléatoires, où le bénéfice de la retraite « chapeau » est conditionné à l'achèvement de la carrière du bénéficiaire dans l'entreprise ;
- les versements de l'employeur abondent un fonds non individualisable par salarié.

Ces régimes représentent, au moins en termes d'effectifs, environ un tiers du champ des régimes à prestations définies. Les autres régimes à prestations définies sont à droits individualisés certains, qui bénéficient des dispositions « classiques » en matière de retraite supplémentaire : sous réserve qu'ils bénéficient à l'ensemble d'une catégorie objective de salariés et que les droits soient portables, le financement par l'employeur (**dans la limite d'un plafond**) n'est soumis qu'à la CSG, à la CRDS et au forfait social.

Parmi ces systèmes relevant de l'article L. 137-11, on distingue en pratique trois catégories principales de régimes :

- les systèmes gérés via un assureur et qui se sont développés après la réforme de 2003 ; ils englobent la plupart des systèmes créés pour les cadres supérieurs et dirigeants ;
- les systèmes qui étaient gérés par une vingtaine d'anciennes institutions de retraite supplémentaire (IRS), c'est-à-dire des régimes d'une vingtaine de grandes entreprises, pour un grand nombre ouverts à tous les salariés, et qui sont « fermés », c'est-à-dire qu'ils n'accueillent aucun nouveau salarié (voire sont composés uniquement de rentiers) ;
- des systèmes plus minoritaires gérés en interne par les entreprises ; ils ont sur de nombreux aspects des caractéristiques proches des anciens régimes précédents.

2. Un système de prélèvement encore très avantageux

Les régimes de l'article L.137-11 font l'objet d'un assujettissement particulier, se traduisant par une exemption de tout prélèvement sur les revenus d'activité et une taxation « alternative » spécifique, taxation qui a été doublée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 :

– soit « à l'entrée », c'est-à-dire sur le coût du dispositif pour l'employeur : la taxe est alors assise sur les primes versées à un organisme assureur (société d'assurance, mutuelle ou institution de prévoyance) en cas d'externalisation de la gestion des retraites « chapeau », ou, si celles-ci sont gérées par l'entreprise, sur les dotations aux provisions correspondant au coût des services rendus au cours de l'exercice ; le taux est de 12 % en cas d'externalisation et de 24 % en cas de gestion interne à l'entreprise ;

– soit à la « sortie » : la contribution est alors assise sur les rentes versées (sur la partie supérieure au tiers du plafond de la sécurité sociale, soit environ 1 000 euros), à un taux de 16 % ; ce taux supérieur d'un tiers au taux de droit commun sur les primes versées vise à tenir compte du décalage dans le temps entre le fait générateur de la taxe (constitution des droits) et son paiement (la liquidation des rentes) : il opère une actualisation forfaitaire de l'assiette.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a institué une contribution additionnelle de 30 % à la charge de l'employeur sur les rentes dépassant huit fois le plafond de la sécurité sociale (soit 280 000 euros).

Malgré ces évolutions récentes, l'assujettissement des retraites « chapeau » reste plus favorable que pour le reste des retraites supplémentaires financées par les employeurs :

– elles bénéficient, lorsque l'employeur choisit le prélèvement à la sortie d'un abattement de 12 000 € par an pour chaque salarié : de ce fait une part significative du financement de ces retraites « chapeau » reste exemptée de tout prélèvement social (y compris de CSG) ce qui est désormais, compte tenu des mesures prises ces dernières années pour limiter l'impact des niches (notamment la création de contributions *ad hoc* sur les *stock-options* et l'instauration d'un forfait social sur les éléments de rémunération non assujettis à cotisations), unique à de tels niveaux de rémunération ;

– le prélèvement à l'entrée existant actuellement lorsque la gestion est externalisée (12 % quel que soit le montant versé) est moindre que celui existant pour les systèmes collectifs de retraite et ne fait l'objet d'aucun plafonnement pour le bénéfice du traitement social favorable, alors même que, pour les autres systèmes celui-ci ne s'applique qu'aux contributions de l'employeur inférieures à 8 600 € par an et par salarié.

3. Des effets contradictoires avec la volonté de développer la retraite supplémentaire d'entreprise

Ces retraites « chapeau » présentent sur un certain nombre de points des caractéristiques opposées à celles des retraites supplémentaires que le législateur a entendu favoriser :

– les droits à la retraite sont conditionnés à l’achèvement de la carrière dans l’entreprise, ce qui est à la fois un frein à la mobilité des salariés âgés et insécurisant pour le salarié du point de vue de ses droits à retraite, et s’articule mal avec la libéralisation du cumul emploi retraite ;

– le financement est exclusivement patronal : d’une part parce qu’il n’y a pas de cotisations ou contributions salariales prélevées sur les versements que fait l’employeur, d’autre part parce que le salarié ne fait pas de versement complémentaire à celui de l’employeur comme c’est le cas dans le plan d’épargne pour la retraite collectif (PERCO) et, de manière générale, dans la retraite supplémentaire ;

– le choix des bénéficiaires est laissé à l’entière discrétion de l’employeur et la mise en place de ces régimes n’est pas soumise au même cadre que pour les retraites supplémentaires (accord collectif, referendum ou décision unilatérale).

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UN RENFORCEMENT DES PRÉLÈVEMENTS

Le dispositif proposé est double : il s’agit d’une part de supprimer l’abattement dont bénéficie la taxation « à l’entrée » et de créer un nouveau prélèvement sur l’ensemble des rentes de retraites « chapeau ».

1. Des prélèvements dont bénéficie le Fonds de solidarité vieillesse

Aujourd’hui, c’est le Fonds de solidarité vieillesse, qui est affectataire des différents prélèvements pesant sur les retraites « chapeau » pour un montant évalué en 2010 à 65 millions d’euros. Le 1° de l’article (**alinéas 2 et 3**) vient confirmer cette affectation en modifiant l’article L.135-3 du code de la sécurité sociale qui liste les recettes du FSV, afin de prévoir que ce dernier bénéficiera bien également de la nouvelle contribution sur les rentes créée à l’article L.137-11-1.

Votre Rapporteur estime également bienvenue la simplification rédactionnelle figurant au a) du 3° (**alinéa 6**) qui permet d’éviter les références croisées, souvent sources d’erreur en cas de modification ultérieure.

2. La suppression de l’abattement

Le b) du 3° (**alinéa 7**) a pour effet de supprimer l’abattement forfaitaire sur les rentes dont bénéficie l’employeur lorsqu’il choisit le prélèvement à la sortie. En effet, cet abattement, à hauteur de 12 000 euros par an, semble particulièrement élevé et ne trouve pas d’équivalent dans les autres dispositifs de retraite supplémentaire.

Néanmoins, pour les rentes les plus basses, souvent octroyées dans les régimes gérés par d’anciennes institutions de retraite supplémentaire, c’est-à-dire

des régimes d'une vingtaine de grandes entreprises, pour beaucoup ouverts à tous les salariés, et qui sont aujourd'hui « fermés », l'existence d'un abattement pouvait se justifier. D'après les renseignements obtenus par votre rapporteur, la suppression de cet abattement sera bien à la charge de l'entreprise et ne pourra en aucun cas se traduire par une baisse de la rente déjà liquidée.

3. La modification du recouvrement

Ce même b) du 3° modifie les modalités de recouvrement des prélèvements versés sur les retraites « chapeau ». Aujourd'hui, les prélèvements sont déclarés et versés par l'employeur en une seule fois à l'URSSAF, au plus tard à la première date d'exigibilité des cotisations applicables à l'entreprise intervenant :

– après le 31 janvier de l'année n+1, au titre des rentes versées au cours de l'année n (contribution assise sur les rentes),

– quatre mois après la date de clôture de l'exercice comptable (contribution assise sur le financement de l'employeur).

En cas d'option en faveur de la taxation des rentes, l'organisme assureur chargé du versement de celles-ci communique chaque année à l'employeur les éléments nécessaires au calcul du prélèvement.

Le projet de loi prévoit que, désormais, le prélèvement assis sur les rentes, qui reste à la charge de l'employeur, est versé par l'organisme payeur et recouvré et contrôlé dans les mêmes conditions que la CSG due sur les rentes. Ainsi, le prélèvement n'est plus versé par l'employeur sur la base des éléments que lui transmet chaque année l'organisme assureur mais par ce dernier, et l'exigibilité de ce prélèvement n'est plus fixée à la première date d'exigibilité des cotisations applicable à l'entreprise intervenant après le 1er janvier de l'année n+1 (l'année n étant celle de versement des rentes), mais est « calée » sur l'exigibilité de la CSG assise sur ces mêmes rentes.

Cette modification appelle deux remarques : d'une part, il va de soi que ces nouvelles modalités de recouvrement s'appliqueront également au prélèvement additionnel de 30 % sur les plus hautes rentes, prévu au II bis de l'article L.137-11.

D'autre part, si ces nouvelles dispositions ne devraient pas poser de difficultés particulières aux organismes assureurs qui versent déjà à l'URSSAF la cotisation d'assurance maladie de 1 % ainsi que la CSG et la CRDS précomptées sur les rentes servies aux retraités, il reste que, la contribution patronale demeurant à la charge de l'employeur, l'organisme payeur devra être en mesure de donner aux organismes de recouvrement des informations sur les employeurs pour le compte desquels sont versés les prélèvements, ainsi que sur les montants des rentes versées se rapportant à chacun d'eux.

4. La création d'un nouveau prélèvement sur l'ensemble des rentes

Le 4° de l'article (**alinéas 8 et 9**) crée un prélèvement sur l'ensemble des rentes retraites « chapeau » acquitté par les bénéficiaires au moment de la perception des rentes (quelle que soit l'option de prélèvement choisie par l'employeur et la date de liquidation de la rente). En effet, le bénéficiaire n'a contribué ni à la constitution de la retraite « chapeau », ni acquitté de cotisations sur le financement employeur. Le taux du prélèvement, qui s'ajouterait à la CSG sur les pensions (au taux de 6,6 %), à la CRDS (0,5 %) et à la contribution maladie de 1 % due sur les avantages de retraite autres que ceux de base, est fixé à 14 %, afin de porter le taux de prélèvement total à 22,1 %.

Seront normalement assujettis à ce prélèvement tous les bénéficiaires de rentes versées dans le cadre d'un régime de retraite supplémentaire à prestations définies conditionnant leur bénéfice à l'achèvement de la carrière dans l'entreprise, sans distinction liée à la date de liquidation de la rente en question.

Votre rapporteur partage assurément l'objectif du Gouvernement. Doivent néanmoins être exclues de ce nouveau dispositif de taxation les rentes versées dans le cadre des régimes de grandes entreprises évoquées plus haut et qui atteignent souvent des montants assez faibles. Quitte à ce que ce taux de 14 % soit augmenté pour les rentes les plus élevées.

5. Un rendement incertain

En l'absence de données précises sur le nombre de rentes versées et leur montant moyen donc, *in fine*, de l'assiette, il est difficile de prévoir un rendement pour cette nouvelle mesure. L'étude d'impact jointe au projet de loi évalue néanmoins, l'impact de ces mesures, compte tenu des données, partielles, dont dispose l'ACOSS, à 110 millions d'euros de recettes supplémentaires pour le FSV en 2011 (20 millions au titre de la suppression de l'abattement et 90 millions au titre de la nouvelle contribution) et 117 millions en 2012.

Il conviendra de suivre avec attention ce rendement, car deux mouvements contradictoires s'opposent : d'une part, l'élargissement de l'assiette et la création d'une nouvelle contribution devraient augmenter les recettes ; d'autre part, le rapprochement du dispositif de taxation des régimes relevant de l'article L.137-11 des régimes classiques de retraite supplémentaire devraient, progressivement, « assécher » l'assiette du prélèvement.

*

La commission est saisie de l'amendement AS 283 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Martine Billard. L'amendement a pour objet de relever les taux de contribution des employeurs, afin de contribuer au financement de la solidarité.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable car, outre que les taux ont déjà été relevés l'an dernier, le projet prévoit la taxation supplémentaire des retraites « chapeau ».

La commission rejette l'amendement AS 283.

Elle examine ensuite l'amendement AS 286 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Martine Billard. L'amendement tend à soumettre les retraites « chapeau » aux prélèvements de CSG et de cotisations sociales.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS 286.

Puis, elle examine l'amendement AS 29 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. L'amendement tend à centrer la taxation sur les rentes les plus élevées.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable. Le seuil proposé est trop haut : l'appliquer aurait pour effet d'exonérer de la taxe les rentes inférieures à 1 500 euros mensuels. Le dispositif que je proposerai dans un instant par l'amendement AS 451 me semble plus raisonnable.

M. Dominique Tian. J'appelle votre attention sur le fait que le prélèvement sera de 30 %, ce qui, sur des rentes d'un montant moyen, n'est pas anodin.

La commission rejette l'amendement AS 29.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 284 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Martine Billard. Il s'agit toujours de relever le taux de contribution des bénéficiaires de retraites « chapeau ».

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS 284.

La commission examine l'amendement AS 451 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement, cosigné par le président Méhaignerie et par Denis Jacquat, consiste à exonérer de la nouvelle taxe les rentes inférieures à 3 642 euros l'an, soit 288 euros par mois. Sont concernés un grand nombre de bénéficiaires de retraites « chapeau », qui n'ont rien à voir avec les retraites dites « du CAC 40 ». Cela étant,

nous avons reçu, il y a quelques heures à peine, le rapport que nous avons demandé au sujet de ces retraites « chapeau ». Le temps nous a manqué pour l'analyser avec précision, mais un simple survol montre que les indications manquent pour apprécier précisément et la population touchée par l'amendement et celle que la disposition ne concernerait pas.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. J'ai déjà insisté sur la nécessité de bien distinguer des retraites « chapeau » du CAC 40 – celles que tout le monde s'accorde à vouloir taxer – et les petites retraites supplémentaires à prestations définies, allouées dans de nombreux secteurs. Ces rentes sont servies pour 25 % à des ouvriers, pour 50 % à des techniciens et agents de maîtrise et pour 25 % à des cadres qui, bien souvent, sont eux-mêmes d'anciens ouvriers qui ont bénéficié d'une promotion interne grâce à la formation continue. Je dois avouer que je m'interroge sur la pertinence du plafond que nous avons retenu dans l'amendement, dont je me demande s'il ne devrait pas être rehaussé.

M. le président Pierre Méhaignerie. Quel est le nombre des intéressés ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. C'est une des questions qui semblent demeurer irrésolues après lecture du rapport.

M. Michel Heinrich. Je ne pense pas qu'hormis les métallurgistes et les mineurs, les catégories de salariés concernées soient très nombreuses, mais je me demande, comme Denis Jacquat, si le plafond retenu dans l'amendement n'est pas trop bas. Je rappelle que le complément de retraite ainsi alloué visait à assurer une retraite décente à des salariés mis à la retraite prématurément.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Je me suis rendu compte que le dispositif a été appliqué dans des secteurs bien plus nombreux que je ne l'imaginai initialement – dans celui des cosmétiques par exemple. À chaque fois, il s'agissait de garantir un taux de remplacement de 62 % aux salariés concernés.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il paraît improbable que des compléments de retraites généreux au point d'être supérieurs à 1 500 euros par mois aient été alloués en nombre à des mineurs ou à des métallurgistes...

M. Pierre Morange. D'évidence, le périmètre du dispositif proposé par l'amendement devra être précisé lors de l'examen du texte dans le cadre de l'article 88. Par ailleurs, cette proposition réduira le produit initialement attendu de la taxe - 90 millions d'euros. Comment cette perte de recettes sera-t-elle compensée ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je vous invite à voter l'amendement en l'état, pour signaler au Gouvernement que nous ne voulons pas que les petites retraites « chapeau » soient pénalisées, car ce ne

sont pas elles qui sont visées par la nouvelle taxe. Le dispositif sera consolidé d'ici à l'examen du texte en séance.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Je partage ce point de vue. Il faut commencer par faire savoir aux pensionnés concernés qu'ils ne sont pas visés par la nouvelle mesure. Puis, une fois le rapport rigoureusement analysé, nous déterminerons s'il convient de rehausser le plafond prévu dans l'amendement.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il serait bon, pour clarifier les choses, de rappeler le niveau de taxation des retraites « chapeau » du CAC 40.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La taxation est de l'ordre de 38 % : 8 % au titre de la CSG et quelque 30 % de taxe, selon un calcul compliqué qui est fonction du niveau de la pension versée. Mais, je rappelle une fois encore que les petites retraites « chapeau » ne seraient pas visées par la nouvelle taxe grâce à l'amendement.

M. le président Pierre Méhaignerie. J'appelle la commission à se prononcer sur l'amendement AS 451, dont une nouvelle version lui sera soumise lors de l'examen au titre de l'article 88.

La commission adopte l'amendement AS 451.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 193 de Mme Marisol Touraine.

M. Jean Mallot. L'amendement tend à supprimer l'exonération de CSG et de cotisations sociales prévue pour les contributions des employeurs au financement des retraites « chapeau ».

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS 193.

Puis elle examine l'amendement AS 285 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Martine Billard. Il s'agit, par cet amendement, de soumettre les retraites « chapeau » à la contribution additionnelle de 30 % lorsque les rentes servies excèdent quatre fois le plafond annuel défini à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable. Un peu de recul est encore nécessaire pour mesurer l'impact exact d'une disposition adoptée l'an dernier seulement.

La commission rejette l'amendement AS 285.

Elle adopte ensuite l'article 10 modifié.

Article 11

(art. L. 137-13 et L. 137-14 du code de la sécurité sociale)

Majoration du taux des contributions sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites

Le présent article vise à majorer le taux des contributions sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions (*stock-options*). Avant de présenter plus en détail le dispositif proposé, il importe de rappeler la genèse de ces contributions et d'en décrire le régime.

1. La genèse des contributions

Dans son rapport de septembre 2007 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a notamment mis l'accent sur les dispositifs réduisant l'assiette des prélèvements sociaux. Parmi ceux-ci, les exonérations dont bénéficient les *stock-options* et les attributions gratuites d'actions ont tout particulièrement retenu l'attention, tant par l'importance des montants en cause – la Cour évaluait en effet à 3 milliards d'euros par an la perte de recettes nette pour le régime général – que par le petit nombre de bénéficiaires (100 000) : le coût par salarié concerné était ainsi estimé à 30 000 euros par an, avec une très forte concentration sur les cinquante ou cent premiers bénéficiaires.

Au-delà de la controverse sur les chiffres, et si les *stock-options* ne sont pas le seul dispositif ayant pour conséquence d'importantes pertes d'assiette pour les régimes sociaux, elles sont en revanche apparues comme celui qui donnait lieu aux abus les plus frappants. Le cas d'une grande entreprise française de dimension internationale, qui avait consenti près de 25 % du total de ses options à un même bénéficiaire, avait par exemple alors été cité.

À l'initiative de votre Rapporteur, l'Assemblée nationale avait donc souhaité tirer les conséquences des observations de la Cour des comptes et ne plus laisser perdurer de telles anomalies. Elle l'a fait dans le souci de ne pas porter atteinte à l'attractivité fiscale et sociale de notre pays, sachant que les comparaisons internationales montraient que la France était l'un des rares États à ne pas assujettir ces compléments de salaire dans les conditions de droit commun, c'est-à-dire comme une rémunération.

Sans aller jusque là, notre Assemblée avait instauré une taxation équilibrée des *stock-options* et attributions gratuites d'actions, à la fois socialement juste et économiquement soutenable, sous la forme de deux contributions, l'une patronale, au stade de l'attribution des options ou des actions par l'employeur (article L. 137-13 du code de la sécurité sociale), l'autre salariale, au stade de la cession des titres (article L. 137-14 du même code).

Adopté alors que le Gouvernement avait émis un avis de sagesse, le dispositif a ensuite été modifié par le Sénat quant à son entrée en vigueur – cette fois-ci avec l’avis favorable du Gouvernement : il avait alors été décidé que les contributions ne seraient applicables qu’aux attributions consenties à compter du 16 octobre 2007, ce qui, compte tenu de la vie d’une option ou d’une action gratuite, revenait à reporter d’au moins quatre ans les premières recettes au titre de la contribution salariale.

Enfin, il n’est pas inopportun de rappeler que l’opposition avait manifesté à l’époque un intérêt tout relatif pour cette question, puisque lors de la réunion de la commission mixte paritaire, la non-participation au vote de ses représentants n’avait pas permis de rétablir le texte voté par l’Assemblée nationale.

2. Le régime des contributions

a) La contribution patronale

L’employeur dispose d’un choix entre deux assiettes, tant pour les *stock-options* que pour les attributions gratuites d’actions :

– soit 25 % de la valeur des actions ou des options à la date de décision d’attribution ;

– soit la « juste valeur » des actions ou des options telle qu’estimée dans le cadre des normes comptables internationales.

Dans les deux cas, ce choix est exercé par l’employeur pour la durée de l’exercice pour l’ensemble des *stock-options* et des actions gratuites qu’il attribue et est irrévocable durant cette période.

Le taux de la contribution est de 10 %. Les options consenties et les actions attribuées par une société dont le siège est situé à l’étranger et qui est mère ou filiale de l’entreprise dans laquelle le bénéficiaire exerce son activité y sont également assujetties.

La contribution est exigible le mois suivant la date de la décision d’attribution des options ou des actions. Les conditions de son recouvrement et de son contrôle ainsi que son contentieux sont identiques à ceux applicables à la taxe sur les contributions au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance (articles L. 137-3 et L. 137-4 du code de la sécurité sociale) : recouvrement et contrôle par les URSSAF (ou, le cas échéant, par les caisses de MSA), règlement des différends selon les dispositions applicables aux cotisations de sécurité sociale.

b) La contribution salariale

La contribution salariale s'applique aux avantages définis aux 6 et 6 *bis* de l'article 200 A du code général des impôts, à savoir aux plus-values d'acquisition :

– pour les *stock-options*, il s'agit du gain sur la levée d'option (différence entre le cours de l'action lors de la levée de l'option et le prix de souscription, minoré, le cas échéant, du rabais excédentaire) ;

– pour les actions gratuites, il s'agit du cours des actions à la date de leur attribution définitive.

Le taux de la contribution est de 2,5 %. Elle est établie, recouvrée et contrôlée comme la CSG sur les revenus du patrimoine.

Il convient, en outre, de rappeler que la plus-value de cession est assujettie à la fiscalité sur les plus-values mobilières (soit 18 %, taux porté à 19 % par l'article 3 du projet de loi de finances pour 2011), dès lors qu'est dépassé le seuil annuel de cessions (25 830 euros en 2010). Elle est par ailleurs exonérée de cotisations sociales, mais soumise aux contributions sociales sur les revenus des placements : CSG (8,2 %), CRDS (0,5 %), 2 % sur les revenus du capital, contribution RSA (1,1 %) et contribution de solidarité autonomie (0,3 %), soit un prélèvement social global de 12,1 %. Le prélèvement fiscal et social total sur la plus-value de cession s'élève donc à 30,1 % (31,1 % en 2011).

3. La majoration du taux des contributions

Le produit des deux contributions, non créatrices de droits, est versé à la CNAMTS. Les données recueillies par les URSSAF, globalisées pour les *stock-options* et les attributions gratuites d'actions, ne permettent donc pas d'individualiser la part de chacun de ces deux titres au sein du produit total.

La contribution salariale n'est due que pour les cessions intervenant au moins quatre ans après l'attribution de l'option ou de l'action, soit à compter du 16 octobre 2011, de telle sorte que son produit est actuellement nul.

En revanche, la contribution patronale a rapporté 220 millions d'euros en 2008, 127 millions d'euros en 2009 et 140 millions d'euros en 2010. En 2011, ce montant atteindrait 170 millions d'euros (sans prise en compte des effets du présent article). Les informations apportées par le tome I du fascicule « Voies et moyens » annexé au projet de loi de finances ne concordent pas (199 millions d'euros en 2008, 133 millions d'euros et 147 millions d'euros en 2010), mais à la différence de celles fournies par le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, elles sont établies en droits constatés et non pas en encaissements/décaissements.

Le présent article propose de porter le taux de la contribution salariale de 2,5 % à 8 % et le taux de la contribution patronale de 10 % à 14 % pour les seules *stock-options*.

Compte tenu des délais de conservation, la majoration du taux de la contribution salariale ne produira ses effets qu'à partir de 2012, au titre des revenus de 2011. Selon l'étude d'impact, les recettes supplémentaires attendues de cette majoration s'élèveraient à 10 millions d'euros en 2012, 33 millions d'euros en 2013 et 36 millions d'euros en 2014, atteignant leur plein rendement en 2015 (125 millions d'euros). En revanche, le produit supplémentaire au titre de la contribution patronale se monterait à environ 70 millions d'euros dès 2011, puis à 72 millions d'euros en 2012, 80 millions d'euros en 2013 et 89 millions d'euros en 2014.

Ces évaluations sont toutefois à considérer avec précaution, dans la mesure où, faute de distinction, à ce jour, entre les deux catégories de titres dans les déclarations aux URSSAF, la détermination de la part des seules *stock-options* dans l'assiette de cette contribution apparaît comme délicate à estimer. En tout état de cause, le Gouvernement a fondé son calcul sur l'hypothèse que les attributions gratuites d'actions, compte tenu de leurs modalités d'attribution et de leur moins grande ancienneté, ne constitueraient qu'une très petite part de l'ensemble.

Dans le cadre de la réforme des retraites, le Gouvernement avait par ailleurs indiqué que la majoration des deux contributions, évaluée à 125 millions d'euros en 2014, rapporterait 200 millions d'euros en 2020. Le produit contribuera effectivement au financement de la réforme des retraites : son montant est en effet intégré dans celui que la CNAMTS, au travers des différentes affectations prévues par l'article 14 du présent projet de loi, reverse au FSV.

La majoration du taux de ces deux contributions ne se justifie pas seulement par le souci de lutter contre le dévoiement d'un instrument utile – dont nul n'a jamais contesté la pertinence pour compenser la prise de risque, comme dans le cas des *start-up* – ou, plus prosaïquement, par la nécessité de trouver des recettes supplémentaires. En effet, avec une cotisation patronale de 14 % et une contribution sociale salariale totale de 20,1 %, l'imposition des *stock-options* dans notre pays demeurera ainsi dans la moyenne des pays de l'OCDE, où l'assujettissement de ces revenus au droit commun est souvent la règle.

Le décrochage significatif ainsi créé entre la taxation applicable aux *stock-options* et celle applicable aux attributions gratuites d'actions risque toutefois d'entraîner un effet de substitution au profit de ces dernières. Au demeurant, en 2007, la taxation, initialement envisagée pour les seules *stock-options*, avait été étendue aux attributions gratuites d'actions afin de prévenir de tels comportements. Il conviendrait donc de maintenir identique le niveau de prélèvement sur les *stock-options* et sur les attributions gratuites d'actions.

*

La commission examine l'amendement AS 343 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Le Gouvernement a souhaité taxer les attributions d'options d'achat futur d'actions – *les stock-options*. Pour éviter toute tentation de transfert de l'un à l'autre des deux dispositifs, il convient de taxer aussi les attributions d'actions gratuites.

La commission examine ensuite l'amendement AS 287 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Martine Billard. Il convient, en effet, de coordonner la taxation des deux dispositifs, sous peine d'assister à une perte de recettes fiscales. Nous sommes opposés au principe des attributions de *stock-option* mais, aussi longtemps qu'elles existent, qu'au moins elles soient soumises à davantage de cotisations. C'est l'objet de l'amendement.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Qui est un autre moyen de tuer les attributions de *stock-options*...

Mme Martine Billard. En effet.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable.

Mme Marie-Christine Dalloz. Connaît-on les masses financières en jeu ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Les recettes issues des contributions patronales sur les attributions d'options d'achat futur d'actions et d'actions gratuites sont à ce jour d'environ 170 millions d'euros, et la part relative aux attributions d'actions gratuites est très faible, ce qui montre qu'il n'y a pas eu pour le moment de déplacement d'un dispositif vers l'autre.

La commission examine ensuite l'amendement AS 194 de Mme Marisol Touraine.

M. Michel Issindou. La solidarité doit être un effort partagé. C'est pourquoi l'amendement tend à relever de 10 % à 20 % le taux de la contribution patronale sur les attributions d'options d'achat futur d'actions et d'actions gratuites. Faut-il rappeler que le taux des cotisations sociales portant sur les salaires est de 38 % ?

La commission est saisie de l'amendement AS 31 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. L'amendement est de précision.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable à cet amendement, tout comme aux amendements AS 287 et AS 194.

Nous avons longuement débattu de ces questions lors du débat relatif à la réforme des retraites, et il n'est pas question que le taux de taxation dépasse 14 %.

M. Dominique Tian. N'y a-t-il pas lieu de préciser à partir de quelle date les attributions nouvelles sont soumises à la nouvelle taxation, comme y invite mon amendement ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La mesure s'appliquera au 1^{er} janvier prochain, comme il est de coutume dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale, sans qu'il soit besoin de le préciser.

La commission examine ensuite l'amendement AS 195 de Mme Marisol Touraine.

Mme Martine Pinville. Par l'amendement AS 195, nous proposons de relever de 2,5 % à 10 % le taux de la contribution salariale sur les attributions d'options d'achat futur d'actions et d'actions gratuites.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable.

M. le président Pierre Méhaignerie. J'invite la commission à se prononcer sur l'amendement AS 343 de M. Yves Bur. Je signale que son adoption ferait tomber les quatre autres.

*La commission **adopte** l'amendement AS 343 et l'article 11 **ainsi rédigé.***

*En conséquence, les amendements AS 287, AS 194, AS 31 et AS 195 n'ont **plus d'objet.***

Après l'article 11

La commission est saisie de l'amendement AS 30 de M. Dominique Tian portant article additionnel après l'article 11.

M. Dominique Tian. L'amendement est défendu.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable. L'amendement est satisfait par la précédente loi de financement de la sécurité sociale.

*L'amendement AS 30 est **retiré.***

Article 12

(art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale ; art. L. 741-16 et L. 751-17 du code rural et de la pêche maritime ; art. 27 de la loi du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail)

Annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales

Le présent article vise à modifier les modalités de calcul des allègements généraux de cotisations sociales, afin de prendre en compte la rémunération annuelle des salariés et non plus leurs rémunérations mensuelles.

1. Le régime des allègements généraux

Héritiers d'une volonté désormais ancienne d'abaissement du coût du travail sur les bas salaires, les allègements généraux de cotisations sociales n'ont pas fondamentalement changé depuis l'article 9 de la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi, dite « loi Fillon », qui, fusionnant les dispositifs antérieurs de réduction de cotisations patronales sur les bas salaires (« ristourne Juppé » et « allègements Aubry 2 »), a mis en place la compensation de la convergence des sept niveaux alors existants de salaire minimum vers la garantie mensuelle de rémunération (GMR) la plus élevée.

Cette « réduction Fillon », inscrite à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, consiste en un régime unique de réduction dégressive de 26 points au niveau du SMIC, s'annulant progressivement et linéairement jusqu'à 1,7 SMIC – seuil ramené à 1,6 SMIC dès le 1^{er} juillet 2005, à l'issue du processus de convergence. Pour les rémunérations versées à compter du 1^{er} juillet 2007 jusqu'au dix-neuvième salarié inclus, la loi de finances pour 2007 a porté à 28,1 points le coefficient de la réduction, soit l'intégralité des cotisations au titre de la maladie, de la famille et de la retraite. Dès lors, pour un salarié payé au SMIC, l'employeur ne verse qu'environ 4 % de cotisations patronales.

Les employeurs éligibles sont principalement ceux soumis pour leurs salariés à l'obligation d'assurance contre le risque de privation d'emploi mais aussi les entreprises contrôlées majoritairement par l'État dont les salariés peuvent bénéficier des allocations d'assurance chômage et les employeurs relevant des régimes spéciaux des marins, des mines ainsi que des clercs et employés de notaire.

Le bénéfice des allègements généraux est cumulable avec l'exonération sur l'avantage en nature dans les hôtels, cafés et restaurants, dont l'article 91 du projet de loi de finances pour 2011 propose la suppression, ainsi qu'avec la déduction forfaitaire des cotisations patronales au titre des heures supplémentaires.

En revanche, l'article 26 de la loi n° 2008-1258 du 3 décembre 2008 en faveur des revenus du travail a introduit une conditionnalité pour le bénéfice des allègements : lorsque l'employeur n'a pas respecté son obligation annuelle de

négocier sur les salaires à l'échelon de l'entreprise, prévue à l'article L. 2242-8 du code du travail, le montant de la réduction est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées cette même année. Il est diminué de 100 % lorsque l'employeur ne remplit pas cette obligation pour la troisième année consécutive.

L'article 27 de la même loi a en outre prévu, à terme, une conditionnalité à l'échelon de la branche, qui substitue au salaire de référence le minimum de branche si celui-ci est inférieur au SMIC au cours des deux années civiles précédant celle du mois civil au titre duquel le montant de l'allègement est calculé. Cet article doit en principe entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2011, sauf si le ratio entre, d'une part, le nombre de branches de plus de cinq mille salariés dont le montant mensuel du salaire minimum national professionnel des salariés sans qualification n'a pas été porté à un niveau égal ou supérieur au SMIC au cours des deux dernières années, et d'autre part, le nombre de branches de plus de cinq mille salariés a diminué d'au moins 50 % depuis la date de publication de la loi.

Pour le calcul des allègements généraux, sont neutralisées de la rémunération du salarié les rémunérations des heures complémentaires et supplémentaires (dans la limite, en ce qui concerne la majoration salariale, des taux de 25 % ou 50 %), les rémunérations des temps de pause, d'habillage et de déshabillage versées en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 11 octobre 2007 ainsi que les majorations salariales, dans la limite d'un taux de 25%, versées au titre des heures d'équivalence, lorsque le salarié est soumis à un régime d'heures d'équivalences payées à un taux majoré en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

Pour les salariés dont le paiement des indemnités de congés payés et des charges afférentes est effectué par l'intermédiaire de caisses de compensation, le montant mensuel de la réduction est majoré de 10 %. La réduction n'est pas applicable aux cotisations dues par les caisses de congés payés au titre des indemnités de congés payés qu'elles versent.

Le dispositif fonctionne sur une base déclarative. Le contrôle de son calcul est effectué *a posteriori* par les organismes de recouvrement selon les modalités de droit commun. L'employeur doit tenir à disposition des organismes de recouvrement un document indiquant le nombre de salariés ouvrant droit aux allègements généraux, à la réduction de cotisations salariales et à la déduction forfaitaire de cotisations patronales au titre des heures supplémentaires ainsi que le montant total des allègements appliqués au titre de chacune de ces dispositions.

Ce document indique également, par salarié, son identité, sa rémunération mensuelle brute, le coefficient issu de la formule de calcul des allègements généraux, le cas échéant le nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires et la rémunération afférente et le montant de chaque réduction ou déduction appliquée.

2. Une réforme opportune

Initialement calculé sur une base horaire (heures effectives puis, à compter de 2006, heures rémunérées), le taux de l'allègement général a été mensualisé par la voie d'un amendement du Gouvernement adopté lors de la discussion au Sénat de l'article 1^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat (« TEPA »). Ainsi que l'expliquait alors M. Philippe Marini, rapporteur général de la commission des finances du Sénat, il s'agissait – déjà ! – de *« mettre fin à des possibilités d'optimisation en matière de calcul des charges sociales utilisées par certaines entreprises – notamment par certaines grandes entreprises du secteur de l'intérim – pour augmenter le montant de la réduction générale de cotisations patronales de sécurité sociale grâce à la prise en compte, d'une part, de rémunérations ne correspondant pas à du temps de travail effectif [...] et, d'autre part, des indemnités compensatrices de congés payés »*.

Dans son rapport (n° 1001) de juin 2008 sur les exonérations de cotisations sociales, la mission d'information commune aux commissions des affaires sociales et des finances de l'Assemblée nationale a mis en lumière les inconvénients inhérents à un tel système. Au cours de ses travaux, elle a en effet été amenée à constater que certains secteurs bénéficient des allègements au taux maximal, alors qu'ils assument ouvertement que les salaires soient versés sur l'équivalent de dix-sept mois, primes, participation et intéressement compris. Avec un tel mécanisme d'optimisation, pendant onze mois, les allègements s'établissent à un niveau maximal, soit environ 4 000 euros par an et par salarié, alors qu'en intégrant toutes les sommes (y compris intéressement et participation), ils ne seraient que de 950 euros.

Sans aller jusqu'à de tels excès, pourquoi une entreprise qui paie 1 625 euros sur 12 mois bénéficierait-elle de moins d'exonérations qu'une entreprise payant 1 500 euros sur 13 mois, par conséquent pour un même montant annuel ? C'est pourtant le cas actuellement, la seconde entreprise enregistrant des montants d'exonérations supérieurs de 25 %, à coût salarial unitaire identique.

En outre, le débat sur la nécessité de réduire les montants importants consacrés aux allègements généraux – 21,8 milliards d'euros en 2010 – n'est pas nouveau, même si ceux-ci ont toujours été intégralement compensés à la sécurité sociale (au moyen, depuis 2006, d'un « panier » de recettes fiscales affectées). Mais, il a pris une acuité nouvelle compte tenu de la situation très dégradée des finances publiques dans le contexte de crise. Précisément, il était sans doute difficile de mettre en œuvre cette proposition dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, compte tenu de la nécessité de ne pas alourdir les difficultés des entreprises au plus fort de la dépression.

En revanche, il paraît possible d'agir cette année sans risquer pour autant de menacer la reprise économique, d'autant que les secteurs bénéficiant le plus de ces exonérations ne sont généralement pas directement exposés à la concurrence internationale. Soucieuse d'offrir aux députés et au Gouvernement une « boîte à

outils » dans laquelle chacun pourrait puiser, la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales avait identifié plusieurs mesures permettant de limiter le coût des allègements généraux, sans pour autant les supprimer ou même leur porter gravement atteinte. En effet, il s'est dégagé des auditions d'experts entendus par la mission d'information commune un consensus sur l'important volume d'emplois – de l'ordre de 800 000 – créés ou sauvegardés par ce dispositif, tordant ainsi le cou au mythe du « cadeau aux patrons ».

Parmi ces propositions, votre Rapporteur rappelle que la forfaitisation en euros du montant des allègements, en décrochant leur barème de la référence au SMIC, aurait permis une sortie en douceur du dispositif, année après année, au fil de l'inflation.

Le présent article fait le choix d'une mesure tout aussi souhaitable – d'ailleurs également suggérée par la mission d'information commune – mais de caractère un peu moins progressif. Sans modifier les principaux paramètres du dispositif (« point de sortie » à 1,6 SMIC, maintien du niveau de l'allègement pour les salariés effectivement rémunérés au SMIC), l'annualisation possède en outre une justification moralisatrice d'un système dont on a vu qu'il pouvait favoriser les abus. Ainsi que le recommandait la mission d'information commune, *« afin de contrecarrer la façon dont certains employeurs parviennent à optimiser le bénéfice des allègements généraux, l'annualisation apparaît comme une piste particulièrement intéressante. En effet, si les allègements n'étaient plus calculés sur une base mensuelle mais sur une base annuelle, les entreprises ne pourraient plus optimiser les règles en vigueur par l'octroi à leurs salariés de "treizièmes mois" disproportionnés. »*

En outre, cette mesure, qui ne modifie pas la manière dont la rémunération est versée sur l'année et ne supprime donc évidemment pas les « treizièmes mois » ou modalités comparables de rémunération, permettra de réaliser une économie de l'ordre de 10 % sur le coût actuel des allègements généraux. Le Gouvernement l'évalue à 2 milliards d'euros dès 2011, mais l'ACOSS l'estime, pour sa part, à au moins 2,2 milliards d'euros. Pour les années suivantes, l'étude d'impact prévoit des économies à hauteur de 2,09 milliards d'euros en 2012, 2,184 milliards d'euros en 2013 et 2,282 milliards d'euros en 2014.

Elle fournit, par ailleurs, des indications sur les effets de cette baisse en fonction de la taille des entreprises : compte tenu des pratiques de versement de primes, les entreprises de moins de dix salariés ne subiraient en moyenne qu'une baisse de 2 % du montant de leurs allègements, contre 14 % pour les entreprises de plus de 1 000 salariés. Déjà concentrés sur les petites entreprises, les allègements généraux le seraient donc encore davantage une fois l'annualisation mise en œuvre. De même, les différences de pratiques en matière de primes expliquent l'impact différent de l'annualisation selon les secteurs : pour les activités financières et d'assurance, la fabrication de matériels de transport et la production et la distribution d'eau, le montant d'allègements diminuerait en moyenne de moins de

20 % ; en revanche, pour l'agriculture, l'enseignement, les activités de soutien, l'hébergement médico-social et l'action sociale, l'hébergement et la restauration, la diminution serait de moins de 5 %.

Enfin, la réduction des allègements généraux entraînera mécaniquement une hausse des ressources des régimes de sécurité sociale, qui bénéficient d'une compensation pour l'intégralité de leur montant. Mais, dans le cadre du financement de la réforme des retraites, cette somme sera en fait affectée au FSV : l'article 14 du présent projet de loi prévoit ainsi de lui transférer une fraction de la taxe sur les salaires (jusqu'alors intégralement affectée à la compensation des allègements généraux) correspondant aux 2 milliards d'euros de recettes supplémentaires procurés par cette mesure.

3. La mise en place de l'annualisation

a) Le dispositif technique

Le **b du 1° du I** du présent article supprime la référence aux gains et rémunérations « *versés au cours d'un mois civil* » pour la remplacer par une référence aux gains et rémunérations « *inférieurs au salaire minimum de croissance majoré de 60 %* ». De même, le **a du 3° du I** substitue aux références au mois des références à l'année et prévoit l'intervention d'un décret d'application.

Dès lors, le montant de la réduction sera égal au produit de la rémunération annuelle telle que visée par l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale par un coefficient. Le coefficient est fonction du rapport entre le SMIC calculé pour un an sur la base de la durée légale du travail et la rémunération annuelle du salarié.

Toutefois, le **5° du I** prévoit qu'un décret précisera les modalités selon lesquelles les cotisations dues au titre des rémunérations versées au cours d'un mois civil tiennent compte par anticipation de cette réduction ainsi que des modalités de régularisation du différentiel éventuel entre la somme des montants de la réduction ainsi appliquée par anticipation durant l'année et le montant calculé pour l'année. Dès lors, la différence éventuelle entre l'exonération calculée chaque mois, comme dans le mécanisme en vigueur, et celle calculée pour l'année sera régularisée soit en fin d'année, avec le calcul des cotisations dues au titre du dernier mois ou du dernier trimestre de l'année, soit au fur et à mesure de l'année, à chaque échéance de versement, comme pour le calcul de l'application du plafond de la sécurité sociale à certaines cotisations.

La rédaction entraîne du même coup la disparition du document mensuel que l'employeur doit tenir à disposition des URSSAF en vue du contrôle des allègements généraux et de l'exonération sur les heures supplémentaires, prévu jusqu'alors par le VI de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Son contenu est précisé par l'article R. 241-13 du même code : il indique le nombre de salariés ouvrant droit aux allègements généraux et sur les heures supplémentaires,

le montant total des exonérations appliquées au titre de chacun de ces dispositifs ainsi que, pour chacun de ces salariés, son identité, la rémunération brute mensuelle versée, le montant de chaque réduction ou déduction appliquée, le coefficient issu de l'application de la formule de calcul des exonérations et, le cas échéant, le nombre d'heures supplémentaires ou complémentaires et la rémunération y afférente.

b) La non-exonération des cotisations d'accidents du travail

Introduit par l'article 22 de la loi de financement pour 2008, le dernier alinéa de l'article L. 241-5 du code de la sécurité sociale pose le principe selon lequel « *les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération* ». La valeur de ce principe est capitale au regard de la vocation préventive et assurancielle de la branche des accidents du travail, même s'il a été contourné dès la loi de finances pour 2008, malgré les efforts de votre Rapporteur, en ce qui concerne les contrats à durée déterminée et les actions de professionnalisation conclus par les groupements d'employeurs qui organisent des parcours d'insertion et de qualification au profit soit de jeunes âgés de seize à vingt-cinq ans révolus sortis du système scolaire sans qualification ou rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi, soit de demandeurs d'emploi âgés de quarante-cinq ans et plus.

Actuellement, la rédaction de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale inclut l'ensemble des cotisations patronales dans le champ des allègements. Supprimant la référence aux cotisations versées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, le **a du 1° du I** du présent article met fin à cette anomalie.

Cette modification présente toutefois une nature essentiellement symbolique. En effet, le taux maximal de l'allègement de cotisations a été défini afin d'inclure toutes les cotisations de sécurité sociale à l'exception de celles versées au titre des accidents du travail. Elle aura toutefois un impact sur la répartition comptable des exonérations effectuées par les URSSAF entre chaque branche.

En effet, pour une entreprise de moins de 20 salariés dont le taux de cotisation AT-MP est de 2 %, l'allègement au niveau du SMIC de 28,1 points (soit le taux hors AT-MP) est actuellement réparti par les URSSAF sur un total incluant le taux au titre des accidents du travail : 12,8/30,1 pour la maladie, 5,4/30,1 pour la famille, 9,9/30,1 pour la vieillesse, 2/30,1 pour les AT-MP. Le montant des cotisations AT-MP est donc réduit de cette fraction des exonérations, et en contrepartie, la branche des accidents du travail est affectataire de recettes fiscales.

Le présent article aura pour effet, dans les comptes de la branche, que les taux de cotisation retrouveront leur niveau « réel », cohérent avec les taux

applicables à chaque entreprise et l'assiette sur lesquels ils portent. Par ailleurs, les recettes fiscales perçues au titre de la compensation seront simplement débasées. La lisibilité du financement de la branche par les employeurs s'en trouvera confortée.

Si l'imputation comptable des allègements généraux sur la branche des accidents du travail avait été maintenue, les cotisations auraient été réduites du montant de l'allègement imputé sur la branche AT-MP, soit 1,75 milliard d'euros. Avec la future règle, ces sommes cesseront de s'imputer sur les cotisations : après rebasage des recettes fiscales du même montant, le total des produits (et donc le solde) sera inchangé, mais il y aura un transfert entre la ligne « cotisations effectives » et la ligne « impôts et taxes affectés ».

Le **6° du I** précise que le montant de la réduction est imputé sur les cotisations sociales et permet ainsi de fixer une clef de répartition du montant global de la réduction entre les différents risques. Dès lors, il sera tenu compte des taux réels des cotisations hors AT-MP, soit 12,8/28,1 pour la maladie, 5,4/28,1 pour la famille et 9,9/28,1 pour la vieillesse.

c) Le cas des entreprises de travail temporaire

les professions ayant mutualisé au profit de caisses de compensation (article L. 3140-30 du code du travail) le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés bénéficient d'une majoration de taux de la réduction, fixée à 10 % par l'article D. 241-10 du même code.

Les entreprises de travail temporaire se trouvent dans une situation similaire pour leurs salariés intérimaires. En effet, ils ne peuvent bénéficier de leurs congés sous forme de jours de repos inclus dans la durée de leur contrat de mission et la loi prévoit dans tous les cas la majoration d'au moins 10 % de la rémunération globale versée par l'employeur pendant la durée du contrat pour compenser cette situation.

Le **4° du I** propose donc d'aligner sur les règles de majoration de l'allègement actuellement prévues pour les caisses de compensation celles applicables aux entreprises de travail temporaire. Ainsi, les entreprises de travail temporaire bénéficieront également d'une majoration de l'exonération.

d) Des dispositions de conséquence, de coordination et de « toilettage »

Le **d du 3° du I** aménage le régime des groupements d'employeurs constitués dans le but de mettre à la disposition de leurs membres des salariés liés à ces groupements par un contrat de travail (article L. 1253-1 du code du travail) et employant plus de vingt salariés. La condition que les salariés aient été mis « exclusivement » à disposition des membres d'un groupement au cours d'un même mois est assouplie : cette mise à disposition n'est plus exigée à titre exclusif et doit durer plus de la moitié du temps de travail effectué durant l'année.

Cette modification a pour objet de ne pas pénaliser les groupements d'employeurs du fait du passage à l'annualisation. En effet, actuellement, lorsqu'ils mettent à disposition, au cours d'un même mois, des salariés exclusivement auprès de leurs membres comportant 19 salariés au plus, ils peuvent bénéficier du taux d'allègement à 28,1 points. Dans un cadre désormais annualisé, le maintien du caractère exclusif de la mise à disposition aurait rendu beaucoup plus restrictif le bénéfice de cette dérogation à 28,1 points pour les groupements d'employeurs, car il aurait nécessité une mise à disposition exclusive durant toute l'année. C'est pourquoi le critère de la mise à disposition pour plus de la moitié du temps de travail effectué sur l'année a été choisi.

Le **II** procède aux coordinations requises dans le code rural et de la pêche maritime pour les employeurs relevant du régime de protection sociale des professions agricoles :

– le **1°** maintient les modalités actuelles de calcul pour l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les employeurs recourant à des travailleurs occasionnels. En effet, l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime définit l'exonération en faveur des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi agricoles, laquelle suit en partie la forme de la réduction générale. Il renvoie donc à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale pour la définition des paramètres « SMIC » et « rémunération mensuelle » de sa formule. Or, suite à la réforme de la réduction générale, ces paramètres deviendront annuels pour la réduction générale. Pour que le renvoi à l'article L. 241-13 continue de permettre le calcul de l'exonération agricole dans sa forme actuelle, c'est-à-dire sur une base mensuelle, il doit se faire vers sa rédaction antérieure à l'annualisation de son calcul ;

– le **2°** transpose le principe de non-exonération des cotisations d'accidents du travail.

Le **III** procède également à des coordinations, celles requises dans la loi du 3 décembre 2008 susmentionnée : le **1°** remplace une référence au mois civil par une référence à l'année et le **2°** supprime une disposition devenue inutile, en conséquence de la réécriture du dispositif effectuée par le *b* du **3°** du I.

Enfin, le présent article procède à un certain nombre d'adaptations et améliorations rédactionnelles :

– le **c du 1° du I** précise que la réduction de cotisations présente un caractère dégressif ;

– le **2° du I** supprime la mention de l'exclusion des salariés de droit privé de La Poste, exclusion à laquelle l'article 24 de la loi n° 2005-516 du 20 mai 2005 relative à la régulation des activités postales a mis fin à compter 1^{er} janvier 2006 ;

– le **b du 3° du I** supprime des références à des dispositions transitoires et simplifie la rédaction des modalités de calcul du taux de la réduction ;

– le **c du 3° du I** supprime une référence devenue inutile à la date d'entrée en vigueur du dispositif spécifique aux entreprises de moins de vingt salariés et procède à une amélioration rédactionnelle, de même que le **d du 3° du I** ;

– le **e du 3°** et le **5° du I** restructurent l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

4. De nécessaires améliorations

a) Simplifier les charges déclaratives des entreprises

L'étude d'impact indique que « *s'agissant de nouvelles modalités de calcul d'une exonération appliquée par plus de 1,8 million d'établissements, les URSSAF et les caisses de MSA seront nécessairement davantage sollicitées pour répondre aux interrogations des employeurs, en début d'année 2011 (entrée en vigueur) et en fin d'année (période qui correspondra à la majorité des opérations de régularisation)* ». Mais, elle ajoute que « *la mesure sera gérée avec les moyens disponibles tels que définis par les conventions d'objectifs et de gestion qui lient l'ACOSS et la CCMSA avec l'État. Les cotisants seront informés par le réseau des URSSAF et des caisses de MSA. En amont, les représentants des employeurs et les éditeurs de logiciels de paye ont été associés à la mise en œuvre de cette réforme.* »

Votre Rapporteur estime toutefois que les difficultés posées par la mise en place de l'annualisation des allègements généraux sont sérieuses, car elle paraît devoir ajouter un degré de complexité supplémentaire à un dispositif déjà passablement compliqué, ainsi que l'avait observé la mission d'information commune sur les exonérations sociales. Lors de la visite de contrôle qu'il a effectuée dans une URSSAF en juillet 2009, votre Rapporteur a pu mesurer les conséquences de cette complexité pour les organismes chargés du recouvrement mais aussi, bien évidemment, pour les employeurs : non seulement le taux de redressement est très élevé, mais sur un peu plus de 1 milliard d'euros de redressements effectués en 2008 par les URSSAF, 345 millions d'euros se sont ainsi révélés favorables aux cotisants, montant au sein desquels quatre dispositifs d'exonérations de cotisations sociales atteignent à eux seuls 60 %. Pour certaines mesures, la complexité est telle que le taux de redressement atteint 100 %.

Dans de telles conditions, les exonérations, dont le régime est par ailleurs trop fréquemment modifié, finissent par nuire à la rentabilité du recouvrement. L'ACOSS confirme d'ailleurs que les allègements généraux restent aujourd'hui un des points de complexité d'application de la réglementation sociale, tel qu'on peut le mesurer à travers l'activité de contrôle.

Or, l'annualisation crée un niveau supplémentaire de calcul, celui de la base annuelle. Elle introduit une nouvelle référence à un SMIC calculé pour un an sur la base de la durée légale, sans toutefois permettre à l'entreprise de s'affranchir totalement d'une référence mensuelle pour la vérification des allègements généraux et de l'exonération des heures supplémentaires, notamment dans le cadre du contrôle *a posteriori*.

Le risque est que cette nouvelle modification du régime repose d'abord sur les entreprises, avec un impact probable sur la visibilité qu'elles ont en cours d'année de leur droit à exonération et un risque d'insécurité juridique accrue. Les plus petites entreprises, qui n'ont pas toujours recours à des logiciels de paie ou aux services d'un expert-comptable pour la gestion courante de leurs obligations déclaratives, seraient les premières touchées.

Quant aux URSSAF, dans le cas où la prévision d'exonération serait mal anticipée par les employeurs, elles pourraient être confrontées à une hausse des restes à recouvrer en début d'année à l'occasion de la régularisation sur la base du calcul annuel.

L'ACOSS mettra certes en place un plan d'information et de communication en direction des entreprises, en espérant que les textes d'application soient arrêtés rapidement. Mais, une période d'ajustement sur les règles d'interprétation sera sans doute nécessaire, d'autant que toutes les entreprises seront concernées au même moment par cette mesure nouvelle.

Outre ces activités d'information et de sécurisation juridique des entreprises, les URSSAF devront gérer le contrôle et la gestion des déclarations, en particulier à travers le dernier bordereau récapitulatif de cotisations de l'année et le tableau récapitulatif. En outre, la première opération de régularisation annuelle début 2012 coïncidera avec le premier exercice de gestion de la régularisation des petites entreprises ayant choisi le forfait pour le paiement de leurs cotisations chômage. L'ACOSS signale enfin que des retards dans l'établissement des statistiques et des comptes de clôture pourraient résulter des incertitudes en cours d'année sur le calcul des exonérations, les entreprises pouvant ou non anticiper sur le calcul annualisé dans leurs déclarations mensuelles.

La suppression de l'obligation faite aux employeurs de tenir mensuellement un état récapitulatif des mesures d'allègements généraux et d'exonération des heures supplémentaires suscite également des craintes quant aux opérations de contrôle et de fiabilisation de l'application de ces exonérations, qui, à la différence de la simple vérification de bonne application du plafond des allègements généraux, requièrent une analyse par période et par salarié.

Au vu de l'ensemble de ces difficultés, votre Rapporteur suggère que l'annualisation, comme la mise en œuvre du dispositif des heures supplémentaires en son temps, puisse faire l'objet d'une « période d'appropriation » par les

entreprises, ce qui suppose que des instructions soient données en ce sens aux URSSAF.

b) Harmoniser la condition d'acquittement des cotisations sociales

Ainsi que l'a fait apparaître le travail de la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales, l'une des conditions requises de l'employeur pour le bénéfice de la plupart des exonérations ciblées est qu'il soit à jour de ses cotisations sociales.

Cette exigence conforme à la fois à la morale et au bon sens ne s'applique cependant ni aux allègements généraux, ni aux exonérations sur les heures supplémentaires. votre Rapporteur propose donc qu'il soit mis fin à cette situation tout à fait anormale.

*

La commission examine l'amendement AS 288 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Martine Billard. Par cet amendement, nous proposons de supprimer les allègements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires. Ce dispositif est une trappe à bas salaires : il a pour malheureuse conséquence que de plus en plus de salariés sont payés au SMIC, pendant que les plus hautes rémunérations flambent. Il faut, en supprimant ces allègements, en revenir à une échelle des salaires plus juste, tout en évitant à la sécurité sociale une perte de 22 milliards d'euros de recettes par an.

M. le président Pierre Méhaignerie. La cohérence exigerait que l'on supprimât concomitamment les 35 heures...

Mme Martine Billard. Il n'y a plus de connexion entre les deux dispositifs !

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Des études, dont celle de la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales, ont montré que de 700 000 à 800 000 emplois seraient alors en jeu. Souhaitez-vous prendre le risque d'aggraver le chômage ? Au nom de la mission commune, j'avais recommandé la diminution progressive des exonérations de charges sociales – ce que nous avons commencé de faire, à hauteur de 2 milliards d'euros. Il faudra poursuivre dans cette voie, mais nous ne le pourrons que quand notre économie sera en période de croissance, et non quand nos entreprises sont en difficulté, et leur compétitivité en danger – le choix qu'a fait Eurotunnel pour ses nouvelles rames de chemin de fer le montre. Notre devoir est de ne pas affaiblir encore nos entreprises et, pour cela, d'agir progressivement.

M. Michel Issindou. La priorité donnée à la compétitivité a ses limites. Alors que la protection sociale est en danger, on est fondé à se demander si les

exonérations de charges sociales sont autre chose qu'une aubaine pour certaines entreprises. Ainsi des entreprises de nettoyage : qui peut sérieusement prétendre qu'elles vont se délocaliser ? Que la question puisse se poser pour les entreprises exportatrices, c'est une chose, mais pour les autres...

M. le président Pierre Méhaignerie. Les prix de l'entreprise d'entretien se répercutent sur ceux de l'entreprise industrielle. On ne peut porter atteinte à la compétitivité des entreprises sans menacer l'emploi ; nous devons donc faire preuve d'une grande prudence en cette matière.

M. Michel Heinrich. Le Premier président de la Cour des comptes, que nous avons auditionné il y a quelques jours, a bien expliqué, en effet, qu'il ne convenait de réduire certains allègements de charges que de façon progressive et mesurée, afin de ne pas nuire à notre économie.

M. le président Pierre Méhaignerie. Cette année, afin d'éviter les trappes à bas salaires, nous avons supprimé 2 milliards d'euros d'allègements, ce qui a entraîné de multiples protestations.

Certaines entreprises préfèrent payer un treizième ou un quatorzième mois pour éviter les cotisations ; or, même payés treize ou quatorze mois, des salariés payés au SMIC ne se considèrent pas moins comme smicards.

La commission rejette l'amendement AS 288.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 36 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. La réduction générale de certains allègements, notamment au profit de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), pose problème. Les 400 millions d'euros de hausse des cotisations seront supportés par les entreprises de main-d'œuvre, dont les salariés sont souvent faiblement rémunérés.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Le principe de non-exonération des cotisations AT-MP est essentiel, car il encourage les entreprises à lutter contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ; je proposerai d'ailleurs de l'étendre aux heures supplémentaires. Avis défavorable.

M. Dominique Tian. Ce n'est pas exactement le sens de l'amendement.

M. Fillon a souhaité réduire le coût du travail ; or nous sommes en train de le renchérir, notamment pour les emplois peu qualifiés. Le texte entraînera une charge supplémentaire de 400 millions d'euros pour les entreprises de main-d'œuvre. Il faut savoir si l'on veut ou non améliorer la compétitivité de nos entreprises.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Le dispositif de réduction d'allègements exclut déjà les cotisations AT-MP : votre amendement n'y changerait rien.

Mme Catherine Lemorton. N'oublions pas, monsieur Tian, que les accidents du travail et les maladies professionnelles ne sont pas toujours déclarés comme tels, et sont parfois pris en charge par l'assurance maladie. Une fois n'est pas coutume, j'approuve donc Yves Bur.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il faut trouver les justes équilibres, afin de réduire les déficits sans porter atteinte à la compétitivité.

La commission rejette l'amendement AS 36.

Elle examine ensuite l'amendement AS 439 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement reprend l'une des conclusions de la mission consacrée aux exonérations de charges, dont j'étais rapporteur et Gérard Bapt président.

Je souhaite que l'employeur bénéficiant d'allègements de charges soit à jour de ses cotisations URSSAF : il s'agit d'un appel à la vertu. Je proposerai la même disposition en ce qui concerne les heures supplémentaires.

M. Maxime Gremetz. Selon l'exposé sommaire, si la condition dont a parlé le rapporteur est exigée pour « le bénéfice de la plupart des exonérations ciblées, elle ne l'est pas pour le bénéfice des allègements généraux ».

À quoi cela rime-t-il ? Des employeurs qui ne sont pas à jour de leurs cotisations pourront donc bénéficier des exonérations générales ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Non, monsieur Gremetz : c'est précisément ce que l'amendement tend à empêcher.

Mme Cécile Gallez. Que se passe-t-il pour des entreprises qui ne peuvent momentanément s'acquitter de leurs cotisations parce qu'elles n'ont pas été payées par un client ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Les URSSAF sont extrêmement attentives à ne pas mettre les entreprises en difficulté ; pendant la crise, elles ont joué un rôle très positif en leur accordant de nombreux délais. L'amendement ne vise que les entreprises qui profitent du système.

M. le président Pierre Méhaignerie. Toutes les URSSAF, ou presque, reçoivent désormais les chefs d'entreprise qui ont des difficultés de paiement et leur accordent des délais. Cela permet, parfois, d'éviter des faillites.

La commission adopte l'amendement AS 439.

Elle examine ensuite l'amendement AS 457 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement vise à étendre aux heures supplémentaires le principe de non-exonération des cotisations AT-MP.

M. Michel Heinrich. Je déplore que l'on revienne sur l'engagement que nous avons pris de ne faire peser aucune cotisation sur les heures supplémentaires.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je peux comprendre cette position ; mais, depuis des années, je soutiens le principe de la non-exonération de ces cotisations pour la quasi-totalité des contrats. Il reste cependant une ou deux exceptions, comme les heures supplémentaires ou les contrats d'apprentissage.

M. Dominique Tian. Malgré tout son talent, Yves Bur ne peut remettre en cause à lui seul la loi TEPA.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je n'ai pas cette prétention !

M. Dominique Tian. C'est pourtant de cela qu'il s'agit, en tout cas pour le volet relatif aux heures supplémentaires.

Mme Marisol Touraine. L'amendement est une première étape vers le retour à la raison ; c'est pourquoi nous le voterons.

L'intervention de Dominique Tian a néanmoins le mérite de la cohérence : pourquoi commencer à grignoter le dispositif des heures supplémentaires ? De deux choses l'une : soit on rétablit les cotisations, soit on maintient l'exonération. Nous défendons la première option, dans la mesure où l'exonération n'a pas montré son efficacité, tout en ayant des conséquences désastreuses pour les finances publiques.

M. Pierre Morange. À plusieurs reprises, j'ai proposé d'établir le rapport coût/efficacité de la loi TEPA, et ce au regard du compte épargne-temps, dont la philosophie me semble vertueuse, puisque les exonérations visent les droits alimentant un plan d'épargne retraite populaire (PERP) ou un plan d'épargne retraite collectif (PERCO), lesquels contribuent à sécuriser notre système de retraite par répartition. Nous pourrions peut-être, à travers cet amendement, demander au Gouvernement de réaliser cette comparaison entre le bénéfice de la loi TEPA et celui que l'on tirerait d'une généralisation du compte épargne-temps. Je suis sûr que tout l'intérêt de ce dernier apparaîtrait alors, s'agissant aussi bien de préserver notre système de retraites que d'utiliser au mieux les deniers publics.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je souscris à ces propos, même s'il s'agit d'un autre sujet. Je rappelle seulement que l'amendement que je propose représente une recette de 70 millions d'euros, à rapporter aux 3 milliards d'exonérations.

M. Pierre Morange. Reste que la question est d'ordre philosophique. En cette matière, sur laquelle nous manquons de données malgré nos demandes répétées, nous devons avoir une approche globale. Il serait donc souhaitable que le ministère concerné nous fournisse toutes les informations nécessaires.

M. Maxime Gremetz. Selon un rapport de la Cour des comptes, le dispositif d'exonération des heures supplémentaires est un échec complet. Il faut donc revenir là-dessus, comme tend à le faire, me semble-t-il, l'amendement du rapporteur.

M. le président Pierre Méhaignerie. Les mesures relatives aux heures supplémentaires, je le rappelle, ont essentiellement favorisé les ouvriers.

Par ailleurs, elles constituent un facteur de souplesse pour les entreprises, compte tenu de la variabilité de leurs commandes.

M. Maxime Gremetz. Elles n'ont pas créé d'emplois !

M. le président Pierre Méhaignerie. Il ne faut pas exagérer : on n'embauche pas parce que l'on a, à tel ou tel moment, une variation d'activité, d'autant que les compétences des salariés sont souvent précises.

Cela dit, faut-il étendre ou non le principe de non-exonération aux cotisations accidents du travail dès aujourd'hui, ou avoir d'abord un débat de fond ?

M. Pierre Morange. Au regard même de cette logique de flexibilité face à la demande, il convient, je le répète, de comparer les bénéfices de la loi TEPA avec ceux du compte épargne-temps. Il existe certes un rapport annuel, mais les deux dispositifs n'ont jamais été comparés en prenant pour hypothèse la généralisation du second.

M. Jean Mallot. Les mesures d'exonération des heures supplémentaires ont été votées dans le droit fil du mot d'ordre : « Travailler plus pour gagner plus ». Or, je ne connais pas d'entreprise où les salariés décident d'effectuer des heures supplémentaires : c'est le patron qui l'impose. (*Protestations de plusieurs députés du groupe UMP.*)

Il est vrai, monsieur le président, que l'on n'embauche pas lorsque l'on n'a que trente heures de travail supplémentaire à faire effectuer. Néanmoins, vous ne pouvez pas nier que, pendant la crise, certains patrons avaient tendance à privilégier les heures supplémentaires au détriment des intérimaires ou des CDD, ce qui a accéléré l'augmentation du chômage. Les heures supplémentaires étant moins coûteuses, ils appliqueront d'ailleurs la même logique en cette période de faible reprise de la croissance. Ce dispositif va donc ralentir la décrue du chômage.

M. Jean-Pierre Door. Les heures supplémentaires sont d'une grande utilité, notamment dans l'artisanat et le commerce.

Quels sont, monsieur Morange, les mérites comparés du compte épargne-temps et de la loi TEPA ? Nous ne le savons pas encore. Reste que l'amendement donnerait un coup de canif à la loi TEPA ; c'est pourquoi je préfère ne pas le voter aujourd'hui.

La commission rejette l'amendement.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 440 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Les employeurs, pour bénéficier des exonérations de charges sur les heures supplémentaires, doivent être à jour de leurs cotisations, selon la logique exposée tout à l'heure.

La commission adopte l'amendement AS 440.

Elle examine ensuite l'amendement AS 441 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement concerne l'accompagnement de l'annualisation des exonérations de charges sociales, dispositif qui rendra la gestion plus complexe : nous nous en sommes entretenus avec l'ACOSS, avec certains employeurs ainsi qu'avec le Conseil supérieur de l'ordre des experts-comptables. Compte tenu des risques d'erreur, réels, de la part des entreprises, nous souhaitons que le Gouvernement demande aux URSAFF, par voie de circulaire, de faire preuve de mansuétude.

M. Jean Mallot. Le rapporteur peut-il nous expliquer ce qu'est une « *erreur non intentionnelle* » ? Une erreur, me semble-t-il, n'est par définition jamais intentionnelle.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Aujourd'hui, en raison de la trop grande complexité de la réglementation, les URSSAF remboursent 300 millions de trop-perçu aux entreprises. Notre mission a souhaité anticiper les difficultés.

M. Paul Jeanneteau. Que signifie, du point de vue du droit, une « *erreur non intentionnelle* » ? La personne contrôlée pourra toujours dire que ses éventuelles erreurs n'étaient pas intentionnelles – commises à l'insu de son plein gré, selon une formule célèbre !

M. Maxime Gremetz. Combien de temps durera la « *période d'appropriation* » dont parle l'exposé des motifs ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Deux ans : 2011 et 2012.

Les URSSAF avaient reçu une circulaire relative à la mise en œuvre de la loi TEPA, qui leur donnait consigne, « *en cas d'erreur non intentionnelle, de ne*

pas redresser et d'expliciter les anomalies afin de les corriger pour l'avenir ». Nous avons repris la formulation.

M. Pierre Morange. Nous comprenons la philosophie de l'amendement ; mais ne serait-il pas préférable de se limiter à interroger le ministre concerné dans l'hémicycle, afin qu'il précise la politique des agences ? La loi, par définition, a une vocation normative.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. De temps en temps, vous le savez bien, il vaut mieux utiliser l'arme des amendements pour obtenir des réponses et des engagements clairs.

La commission rejette l'amendement AS 441.

Elle est ensuite saisie, en discussion commune, des amendements AS 32, 33, 34 et 35 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Je ne suis guère favorable à l'annualisation des allègements de charges, car cela risque de remettre en cause le treizième mois. Mais je souhaite, à tout le moins, que la mesure ne s'applique pas aux entreprises de moins de vingt salariés, ou à titre de repli à moins de cinquante salariés.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable à ces amendements. Je me suis efforcé de prendre en compte les difficultés des petites entreprises à travers mon amendement d'appel sur la mansuétude en cas d'erreur, qui a été rejeté.

M. Dominique Tian. L'annualisation de la réduction générale dite « Fillon » est un vrai sujet de débat, car elle induit un coût important pour les entreprises vertueuses, qui consentent des efforts pour mieux rémunérer leurs salariés.

La commission rejette successivement les quatre amendements AS 32, AS 33, AS 34 et AS 35.

M. Jean Mallot. L'an dernier, j'avais présenté en séance un amendement visant à annualiser le calcul des exonérations de charges sur les bas salaires ; le groupe UMP l'avait rejeté. C'est donc sans déplaisir que je vais le voir se rallier à notre position en votant l'article 12. Pour notre part, nous restons cohérents et le voterons donc aussi.

M. Dominique Tian. Il s'agit en effet d'un changement radical de doctrine : je tiens à le signaler à mes collègues de l'UMP.

La commission adopte l'article 12 ainsi modifié.

Après l'article 12

La commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 12.

Elle examine d'abord l'amendement AS 192 de Mme Marisol Touraine.

M. Michel Issindou. Nous restons convaincus que la loi TEPA, bien qu'elle ait amélioré le pouvoir d'achat de quelques salariés méritants, a eu des effets négatifs sur l'emploi. Les 4 milliards d'euros qu'elle a coûté auraient pu servir des politiques de l'emploi moins hasardeuses.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS 192.

Article additionnel après l'article 12

Bénéfice des exonérations de cotisations sociales pour les aides à domicile

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 344 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Certains établissements d'accueil de personnes âgées ou handicapées revendiquent le droit de bénéficier des exonérations relatives aux services à la personne. Des officines les démarchent en ce sens, soutenant que ces établissements sont des lieux de résidence offrant des services d'aide à domicile visés par les exonérations de charges.

Pendant longtemps, ces démarches n'ont pas paru mériter de débat ; mais il existe, semble-t-il, quelques risques juridiques. C'est pourquoi je vous propose de clarifier notre législation.

M. le président Pierre Méhaignerie. Précisons que ces établissements ne bénéficient pas desdites exonérations.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je rappelle que ces dispositifs d'exonération de charges sociales sont destinés à favoriser l'aide à domicile, et non l'emploi dans ces établissements. Cette clarification vise à prévenir tout litige. En précisant le champ des exonérations relatives aux services à la personne, l'amendement vise, en effet, à éviter que les structures d'hébergement collectif de personnes âgées ou handicapées ne réclament, éventuellement par voie contentieuse, le bénéfice du mécanisme d'exonérations sociales pour les activités d'aides à domicile dans le secteur des services à la personne. Il s'agit de garantir que ces dispositifs ne seront pas dévoyés de leur objectif, qui est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées.

M. Dominique Tian. Cette précision exclut-elle l'aide aux personnes vivant en foyers-logements, dans des foyers ruraux ou dans des résidences réservées aux personnes âgées ? L'amendement n'est pas suffisamment clair sur ce point.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit d'exclure du bénéfice de cette exonération les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et les établissements d'accueil des personnes handicapées.

M. Fernand Siré. Qu'en est-il des familles d'accueil, qui bénéficient d'un agrément du conseil général pour accueillir les personnes âgées et dont les revenus sont modestes ? Cet amendement risque d'entraver la mise en place dans nos communes rurales de petites structures associatives, intermédiaires entre établissements et maintien à domicile, mieux adaptées à la prise en charge de ces personnes.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'objectif de cet amendement n'est pas de porter atteinte à ces structures. La rédaction en est claire : il s'agit d'exclure de l'exonération l'ensemble des établissements dont le tarif est fixé sous la forme d'un prix de journée dans le cadre d'une convention avec un organisme de sécurité sociale. Membre du conseil d'administration d'un foyer d'accueil spécialisé, je peux vous dire qu'une officine nous a déjà proposé de bénéficier de l'exonération.

M. Guy Malherbe. Qu'en est-il des maisons de retraite non médicalisées, où les personnes âgées sont locataires ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Elles ne sont pas concernées.

M. Claude Leteurtre. Je juge moi aussi que cet amendement risque, par son imprécision, d'être dommageable à des structures telles que les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées (MARPA), où des personnes âgées sont domiciliées. Faute d'une rédaction plus précise, cet amendement nous ferait passer d'un excès à un autre sur le plan juridique.

Mme Bérengère Poletti. La précision de l'« *usage privatif* » ne me semble pas opérante, un EHPAD pouvant tout à fait être considéré comme un domicile, puisque les personnes qui y résident peuvent toucher l'allocation logement.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je veillerai à ce que la rédaction de l'amendement garantisse que seuls les EHPAD soient exclus du dispositif. Il paraît évident que ces établissements ne doivent pas pouvoir bénéficier à la fois d'un prix de journée et d'une exonération de charges pour services d'aide à domicile.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il sera toujours possible d'apporter cette clarification nécessaire dans le cadre de l'article 88.

La commission adopte cet amendement AS 344.

Après l'article 12

Elle examine ensuite les amendements AS 200 et AS 199 de Mme Marisol Touraine.

M. Christophe Sirugue. Afin de tenir compte des observations de la Cour des comptes, qui relève que les exonérations de charges sociales donnent souvent lieu à des effets d'aubaine pour les grandes entreprises, nous proposons de limiter ces allègements aux 500 premiers salariés. L'amendement traduit par ailleurs un souci de justice sociale, le Conseil des prélèvements obligatoires ayant montré que la contribution des entreprises au financement de la protection sociale n'a fait que reculer ces dernières années, au détriment des ménages. Cette proposition figurant par ailleurs dans le rapport que vous avez consacré, monsieur le rapporteur, au nom de la mission d'information commune à la commission des finances et à la commission des affaires culturelles, à la révision générale des exonérations de cotisations sociales, je ne doute pas que cet amendement fera l'unanimité.

M. Jean Mallot. L'amendement AS 199 est un amendement de repli et propose un seuil de 1 000 salariés.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il faut être extrêmement prudent quand on veut distinguer petites et grandes entreprises, d'autant que notre pays diabolise à l'excès ces dernières. En considérant un établissement de 500 ou de 1 000 salariés comme une grande entreprise, on fait fausse route. Chez nos voisins européens, une PME peut compter jusqu'à 5 000 salariés. C'est de ce type d'entreprises que la France manque cruellement, ce sont elles qu'il faut impérativement protéger et renforcer dans la compétition internationale. Ne nous trompons pas de combat : dans votre volonté d'exclure les grands groupes du bénéfice de cette réduction, vous risquez de porter atteinte au tissu des PME les plus dynamiques.

Mme Marisol Touraine. Nous ne désespérons pas de vous voir accepter un jour cette proposition, puisque l'annualisation des exonérations, que vous rejetiez l'année dernière, vous l'acceptez aujourd'hui.

Nous sommes bien conscients qu'il n'est pas possible de supprimer brutalement tous les exonérations de charges, mais au moins qu'une réflexion s'engage et qu'on mette à plat tous ces dispositifs, qui entraînent une dépense considérable dont l'incidence sur l'emploi n'a jamais été prouvée, alors que les effets d'aubaine sont reconnus même par certains responsables de grandes entreprises. En droit français, monsieur Bur, un établissement de 1 000 salariés

n'est pas une PME. Vous savez autant que nous qu'on ne pourra pas durablement maintenir dans leur état actuel de tels dispositifs, qui, au surplus, nuisent à la compétitivité de nos entreprises en rendant totalement opaque le coût du travail.

M. le président Pierre Méhaignerie. J'appelle votre attention sur le danger des effets de seuil, qui génèrent des coûts supplémentaires et entravent la création d'emplois.

M. Maxime Gremetz. Je voudrais rappeler notre opposition de principe à ces exonérations de cotisations patronales, dont la Cour des comptes avait, sous la présidence de Philippe Séguin, démontré qu'elles étaient inefficaces en termes de création d'emplois et qu'elles généraient des effets d'aubaine, notamment pour les grandes entreprises. Une PME ne pouvant pas compter plus de 250 salariés, je m'étonne de ce seuil de 1 000 salariés, d'autant que ces établissements peuvent être des filiales de multinationales.

La commission rejette successivement les deux amendements AS 200 et AS 199.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 119 de M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Dans le même esprit, cet amendement propose de supprimer le bénéfice de la réduction de charges pour les entreprises de plus de 2 000 salariés, et de l'abaisser de moitié pour les entreprises de plus de 1 000 salariés et de 75 % pour celles de plus de 1 500 salariés. La Cour des comptes a, en effet, démontré que les allègements de charges sur les grandes entreprises ne servaient pas la création d'emplois et étaient budgétairement coûteux. Cette disposition contribuera à la réduction des déficits de notre protection sociale à hauteur de 1,5 milliard d'euros.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La Cour a simplement oublié d'évaluer leur impact sur l'emploi.

M. Maxime Gremetz. Faux : elle dit que cela ne crée pas un emploi !

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Nous devons procéder par étapes, et l'annualisation des exonérations est déjà un grand pas vers la suppression des effets d'aubaine.

La commission rejette l'amendement AS 119.

Elle examine ensuite l'amendement AS 197 de Mme Marisol Touraine.

M. Michel Issindou. Cet amendement vise à pénaliser le recours au travail à temps partiel, souvent subi, qui concerne environ 17 % des salariés, par l'institution d'un abattement sur les allègements de cotisations sociales dont il bénéficie.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS 197, ainsi que l'amendement AS 289 de Mme Jacqueline Fraysse.

La commission est saisie de l'amendement AS 201 de Mme Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine. Cet amendement vise à subordonner les exonérations de cotisations sociales à la conclusion effective d'accords salariaux.

La commission rejette l'amendement AS 201.

Article 13

(art. L. 137-15 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale)

Augmentation du forfait social

Le présent article a un double objet :

– à titre principal, porter de 4 % à 6 % le taux de la contribution sur les rémunérations ou gains assujettis à la CSG mais exclus de l'assiette des cotisations sociales (« forfait social ») ;

– secondairement, clarifier les conditions d'assujettissement de certaines des rémunérations (*royalties*) versées aux artistes du spectacle.

1. Le régime forfait social

L'article 13 de la loi de financement pour 2009 a institué une nouvelle contribution, dite « forfait social », à la charge de l'employeur, sur certains des rémunérations ou gains assujettis à la CSG mais exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale (articles L. 135-15 à L. 135-17 du code de la sécurité sociale).

À la suite des travaux de la mission d'information commune aux commissions des affaires sociales et des finances de l'Assemblée nationale sur les exonérations de cotisations sociales conclus en juin 2008, il s'agissait ainsi d'apporter une réponse à l'un des problèmes posés par la multiplication des « niches sociales » : l'absence de participation de ces sommes au financement de la sécurité sociale, créant corrélativement un risque de substitution de ces éléments de rémunération aux salaires, assujettis quant à eux à l'intégralité des cotisations et contributions sociales – risque attesté par une progression significativement plus rapide de l'assiette des premiers par rapport à celle des seconds.

Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009, l'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 et de la pêche maritime) sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur. Autrement dit, le principe devient l'assujettissement, toute nouvelle exonération d'un élément de rémunération répondant à ces mêmes critères entrant dans l'assiette du forfait social, sans qu'il soit besoin de le prévoir expressément. Dès lors, 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. On rappellera toutefois qu'en retenant les rémunérations et gains assujettis à la CSG, le forfait social exclut *ipso facto* 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 assujettis à des contributions patronale et salariale, ainsi qu'on l'a vu précédemment à l'occasion du commentaire de l'article 11 du présent projet de loi (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° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et 2° de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime), déjà assujetties à une contribution spécifique (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 et de la pêche maritime) ;

– 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 est 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, c'est-à-dire les retraites « chapeau », déjà assujetties par ailleurs à une contribution spécifique) ;

– 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.

L'article 16 de la loi de financement pour 2010 a, par ailleurs, complété l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale, afin de préciser que sont également soumises au forfait social les rémunérations liées à l'intéressement, à la participation et à l'épargne salariale dont bénéficient, sous certaines conditions, les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme.

Le même article 16 a par ailleurs porté à 4 % le taux de cette contribution, qui avait initialement été fixé à 2 % (article L. 137-16 du code de la sécurité sociale). Son produit est intégralement affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Il s'est élevé à 314 millions d'euros pour le seul régime général en 2009 et devrait atteindre 650 millions d'euros en 2010, soit, à assiette équivalente, une progression de 3,5 %. Comptabilisés de façon différente et pour l'ensemble des régimes, les montants indiqués par le tome I de l'annexe au projet de loi de finances pour 2011 relative aux « Voies et moyens » sont respectivement de 282 millions d'euros et 574 millions d'euros, soit une progression réelle de 1,8 % en 2010.

2. La majoration du taux du forfait social

Le 2^o du présent article porte de 4 % à 6 % le taux de la contribution. En l'absence d'autre précision, cette mesure entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Par rapport à un produit que l'évolution tendancielle devait porter à 700 millions d'euros en 2011, la recette supplémentaire est évaluée à 350 millions d'euros en 2011, portant ainsi le produit total du forfait social à 1 050 millions d'euros. Selon l'étude d'impact, la majoration du produit atteindrait ensuite 365 millions d'euros en 2012, 380 millions d'euros en 2013 et 396 millions d'euros en 2014.

Selon les estimations communiquées à votre Rapporteur, la décomposition du produit de la contribution évoluerait entre 2009 et 2011 comme récapitulé dans le tableau ci-après :

Produit du forfait social

(en millions d'euros)

	2009	2010	2011
Participation	120	240	410
Intéressement	100	200	340
Plan d'épargne-entreprise	20	50	80
Retraite supplémentaire	70	150	210
Plan d'épargne pour la retraite collectif	3	10	10
Droit à l'image des sportifs	2	2	0
Total	315	652	1 050

Source : Gouvernement

Dans sa réponse au questionnaire écrit de votre Rapporteur, le Gouvernement évalue le produit du forfait social s'il s'était appliqué aux assiettes qui en sont explicitement exonérées.

**Produit du forfait social sur les rémunérations
qui en sont explicitement exclues (2010-2011)**

(en millions d'euros)

	2010	2011
Stock-options et attributions gratuites d'actions	55	100
Contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance	450	730
Indemnités de licenciement	140	220
Indemnités de mise à la retraite	10	–
Indemnités de rupture conventionnelle	30	45
Participation des entreprises de moins de 50 salariés au financement des chèques-vacances	30	50
Titres-restaurant	120	190
Chèques-vacances	10	16
Avantages accordés par les comités d'entreprise dans le cadre de leurs activités sociales et culturelles	120	180
Total	955	1 500

Source : Gouvernement

Autrement dit, avec une stricte application du principe énoncé par l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale selon lequel l'ensemble des éléments de rémunération qui sont soumis à la CSG et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale doivent acquitter le forfait social, le produit de celui-ci se serait élevé à 955 millions d'euros en 2010 et 1,5 milliard d'euros en 2011.

En l'état actuel du droit, la recette supplémentaire résultant de la majoration du taux du forfait social aurait en principe dû profiter entièrement à la CNAMTS, mais le II de l'article 14 du présent projet de loi, dans le cadre des réattributions de recettes consécutives au financement de la réforme des retraites, introduit une clef de répartition du produit du forfait social : en 2011, l'assurance maladie ne sera

plus attributaire que de la part correspondant à un taux de 3,55 %, le reste, à savoir 2,45 % et un montant de 428 millions d'euros, bénéficiant au FSV. Pour les exercices suivants, le 3° du I du même article 14 prévoit que la clef de répartition sera respectivement de 2,42 % et 3,58 %.

Dans son rapport de septembre dernier sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes considère qu'il serait possible d'« envisager de porter ce forfait au niveau des taux cumulés des cotisations maladie et famille (soit 19 % environ), c'est-à-dire celles des branches qui versent des prestations non liées aux revenus professionnels, pour lesquelles donc une contribution de l'ensemble des revenus paraît logique ».

Votre Rapporteur estime que même si ce taux demeure assez éloigné de celui des cotisations sociales patronales de droit commun (plus de 40 %), il n'en est pas moins en contradiction avec l'esprit du forfait social tel que proposé par la mission d'information commune sur les exonérations de cotisations sociales : une *flat tax*, par conséquent à taux faible (5 %) sur une assiette large. Dès lors, l'évolution engagée cette année ne paraît pas devoir être poursuivie : avec un taux de 6 % et une assiette inchangée, on commence en effet à s'éloigner de ce schéma, dont la pertinence paraît pourtant toujours d'actualité.

3. L'assujettissement des redevances des artistes du spectacle

Le 1° apporte une clarification quant à l'assujettissement au forfait social de certaines des rémunérations des artistes du spectacle.

En application de l'article L. 7121-8 du code du travail, les redevances (*royalties*) versées à un artiste interprète, qui sont fixées en fonction du produit de la vente ou de l'exploitation de l'enregistrement, ne sont pas considérées comme des salaires dès lors que la présence physique de l'artiste n'est plus requise pour exploiter cet enregistrement et que cette rémunération n'est pas fonction du salaire reçu pour la production de son interprétation, exécution ou présentation, mais est fonction du produit de la vente ou de l'exploitation de cet enregistrement. N'entrant pas dans l'assiette des cotisations, ces rémunérations sont versées, selon les cas, soit par l'employeur, soit par un tiers utilisateur.

Or, le forfait social, recouvré par les URSSAF, est par définition à la charge des employeurs. Il est donc nécessaire de prendre en compte la spécificité de ces rémunérations et d'inclure les utilisateurs dans le champ des redevables du forfait social. En effet, si le principe de l'assujettissement au forfait social de ces rémunérations ne fait pas de doute, il convient de préciser qui endosse le rôle de l'employeur en charge de l'acquitter lorsque ces sommes sont versées par l'intermédiaire de sociétés productrices, entreprises de radiodiffusion, sociétés de perception et de répartition des droits, ... S'agissant d'un prélèvement social finançant le régime général, il ne revient pas à l'artiste du spectacle de s'acquitter

du prélèvement, mais à son employeur ou à l'utilisateur de l'enregistrement de son interprétation, exécution ou présentation.

L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est donc complété, afin de préciser explicitement que la contribution au titre des rémunérations dues à l'artiste à l'occasion de la vente ou de l'exploitation de l'enregistrement de son interprétation, exécution ou présentation par l'employeur ou tout autre utilisateur est acquittée par l'employeur ou par l'utilisateur au titre des sommes qu'il verse à l'artiste.

Cette précision permettra d'assurer le recouvrement effectif des sommes dues au titre de ces rémunérations. En pratique, les modalités de versement du forfait social sont identiques à celles retenues en matière de CSG et de CRDS. La CSG et la CRDS portant sur les revenus non soumis à cotisations au régime général sont, sauf disposition expresse contraire, précomptées par les entreprises ou par les organismes débiteurs de ces revenus et versées aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général.

Les modalités déclaratives se traduisent par l'ouverture d'un compte distinct, la déclaration devant être effectuée sur un bordereau récapitulatif de cotisations qui sera produit à la date d'exigibilité habituelle des cotisations dues pour les salariés du débiteur. Le forfait social devra donc être versé à l'URSSAF dont relève l'employeur ou l'utilisateur.

Votre Rapporteur estime que le dispositif devrait logiquement être étendu aux rémunérations perçues dans les mêmes conditions par les mannequins, car le régime qui leur est applicable, fixé par l'article L. 7123-6 du code du travail, paraît tout à fait similaire à celui des artistes du spectacle. Certes, les *royalties* des mannequins sont versées « *par le client utilisateur des droits correspondants* », et comme le prévoit le présent article, de même que pour les artistes du spectacle, le forfait social pourra donc être perçu auprès de l'« utilisateur » de l'image ou de l'enregistrement. Toutefois, pour plus de clarté, il paraît opportun de compléter le présent article en y ajoutant une référence explicite à l'article L. 7123-6.

*

Les amendements AS 37, AS 47, AS 38 et AS 39 ne sont pas soutenus.

La commission est saisie de l'amendement AS 432 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Le régime de forfait social applicable aux mannequins étant identique à celui des artistes du spectacle, il convient de le mentionner de la même manière dans le dispositif proposé.

La commission adopte l'amendement AS 37.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 206 de Mme Marisol Touraine et AS 292 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Marisol Touraine. Il s'agit, dans un esprit de justice, de relever de 4% à 20 % le forfait social appliqué à l'intéressement et à la participation que les employeurs versent aux salariés.

Mme Jacqueline Fraysse. Mon amendement AS 292 poursuit le même objectif.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette les amendements AS 206 et AS 292.

Puis elle adopte l'article 13 ainsi modifié.

Après l'article 13

La commission est saisie de plusieurs amendements portant articles additionnels après l'article 13.

Elle examine d'abord les amendements AS 207, AS 208, AS 209, AS 205 et AS 204 de Mme Marisol Touraine, qui peuvent faire l'objet d'une présentation commune.

Mme Marie-Françoise Clergeau. L'amendement AS 207 vise à appliquer la CSG sur les revenus issus des plus-values immobilières actuellement exonérés, tout en maintenant cette exonération sur les livrets d'épargne et les plus-values sur la résidence principale.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable même si la commission des finances a adopté un amendement en ce sens. Il me semble préférable, en l'état, de nous en tenir au débat qui aura lieu dans le cadre du projet de loi de finances, quitte à ce que nous le poursuivions lorsque le projet de loi de financement de la sécurité sociale sera discuté en séance publique.

Mme Marisol Touraine. Cette réponse est bien formelle...

M. Michel Issindou. L'amendement AS 208 vise, quant à lui, à appliquer la CSG sur les revenus fonciers issus de l'investissement locatif actuellement exonérés, tout en maintenant l'exonération sur les livrets d'épargne et les plus-values sur la résidence principale. Il s'agit, ainsi, de réintégrer dans l'assiette de la CSG la totalité des revenus concernés, y compris ceux bénéficiant par ailleurs d'un abattement de 30 % des revenus bruts au titre de l'impôt sur le revenu.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable car il ne me paraît pas raisonnable de dissocier les assiettes fiscale et sociale.

Mme Marisol Touraine. L'amendement AS 209 tend à mettre à contribution les propriétaires de chevaux.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable.

Mme Marisol Touraine. Les amendements AS 205 et AS 204 visent respectivement à inclure dans l'assiette du forfait social, et ce au taux de 20%, les attributions de *stock-options* et d'actions gratuites, ainsi que les revenus tirés des « parachutes dorés ».

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable : outre que les contributions sur les *stock-options* viennent d'être substantiellement augmentées, je présenterai un amendement visant à soumettre les « parachutes dorés » aux cotisations de droit commun.

La commission rejette successivement les amendements AS 207, AS 208, AS 209, AS 205 et AS 204.

Article additionnel après l'article 13

Instauration d'une contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises de commercialisation en gros de tabacs

Elle examine ensuite l'amendement AS 433 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Si nous avons voté jusqu'à présent des taxes qui ont entraîné une hausse du prix du tabac, cet amendement vise à assujettir les industriels de ce secteur – à l'instar de ce qui est l'usage dans l'industrie pharmaceutique – à une taxe de 5 % sur leur chiffre d'affaires et de 25 % sur la croissance de ce dernier : il serait tout de même paradoxal, en effet, que des industries de vie paient une taxe dont serait exonérée une industrie de mort ! Cela me semble d'autant plus nécessaire que les chiffres de la dernière enquête quinquennale sur le tabagisme montrent qu'il y a urgence à agir.

M. Michel Liebgott. En un sens, je suis d'accord avec un tel objectif mais, si nous étions effectivement confrontés à une industrie de mort, je gage que le tabac serait purement et simplement interdit. À certains égards, la situation me semble comparable à celle que nous avons connue avec l'amiante, laquelle a donné lieu à bien des tergiversations.

En outre, si la consommation de tabac augmente, il semble que la crise et le chômage n'y soient pas étrangers.

Enfin, les régions frontalières – je pense, en particulier, à la frontière franco-luxembourgeoise – étant en la matière soumises à la concurrence de nos

voisins, les conséquences de l'augmentation du prix du tabac sont d'ores et déjà tangibles, puisque nombre de bureaux de tabac sont contraints de fermer.

Pour toutes ces raisons, je ne puis qu'être réservé à l'endroit d'un tel amendement.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il présente précisément l'intérêt de ne pas accroître le prix du tabac, puisque seuls les profits industriels sont touchés. Nul ne peut faire comme si le fléau du tabac – dont nous savons combien il coûte à notre système de santé – n'existait pas !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Le tabagisme demeure le principal vecteur de cancers et de nombreuses autres pathologies. Si, selon l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), la consommation de tabac a en effet crû en raison de la crise – en particulier chez les demandeurs d'emploi –, il en a été de même chez les jeunes femmes, or, cela est d'autant plus grave que l'association du tabac et de la pilule contraceptive est désastreuse pour le système vasculaire. Cet amendement me semble donc fort bienvenu.

Mme Marie-Christine Dalloz. Je m'interrogeais sur la trouvaille annuelle de M. le rapporteur en matière de lutte contre le tabagisme : j'ai désormais la réponse. L'année dernière, il considérait que l'augmentation du prix du tabac telle qu'elle était prévue réduirait notablement la consommation de cigarettes. Las...

Par ailleurs, la taxe envisagée cette année ne manquera pas d'être répercutée sur le prix du tabac et, si vous me passez l'expression, ce sont encore les consommateurs qui trinqueront. De grâce, continuons à chercher des pistes financières, mais évitons les arguments fallacieux !

Mme Catherine Génisson. En effet, cette taxe ne manquerait pas d'être répercutée sur le prix de vente du tabac. Par ailleurs, si nous sommes confrontés à une industrie de mort, il nous appartient de faire des propositions plus radicales. Assumons ! Ne faisons pas semblant !

Mme Marisol Touraine. Je voterai cet amendement, le tabagisme étant un réel fléau : outre qu'il ne régresse plus chez les hommes, il progresse chez les femmes, notamment les plus jeunes d'entre elles. Néanmoins, il est d'autant plus regrettable que la politique visant à agir sur les prix atteigne ses limites que nous ne manquerons pas d'être confrontés à une nouvelle explosion des cancers dans les prochaines années.

M. Gérard Bapt. Deux remarques contenues notamment dans les rapports du Haut conseil de la science et de la technologie : si, depuis vingt ans, le nombre de cancers a légèrement diminué chez les hommes, il a été multiplié par trois chez les femmes ; par ailleurs, il est patent que la hausse des prix a des répercussions

immédiates sur la consommation des jeunes, même si ses effets s'estompent ensuite.

M. Jean-Luc Prével. Il me semble de très bonne politique de taxer les producteurs et non les consommateurs, l'assurance maladie, quant à elle, bénéficiant ainsi d'une ressource nouvelle pour accomplir sa mission.

M. Dominique Tian. Ne soyons pas hypocrites ! Le tabac rapporte beaucoup d'argent à l'État, lequel en a grandement besoin.

J'ajoute que, selon les dernières études, la consommation de tabac n'a jamais été aussi importante dans notre pays, malgré les hausses de prix qui sont survenues ces dernières années. Si nous sommes vraiment confrontés à une industrie de mort, prenons nos responsabilités et proscrivons dès ce soir la vente de ce produit !

Mme Bérengère Poletti. Se focaliser exclusivement sur la question du prix du tabac me semble un peu réducteur même si les hausses ont été efficaces : l'interdiction de fumer dans les lieux publics a également donné des résultats.

Quoi qu'il en soit, je voterai en faveur de cet amendement.

La commission adopte l'amendement AS 433.

Après l'article 13

Puis elle est saisie de l'amendement AS 293 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Cet amendement vise à instaurer une nouvelle contribution de 40 % sur les différentes formes de rémunérations différées – je pense, en particulier, aux « jetons de présence » ou aux rémunérations des présidents de conseil d'administration de sociétés cotées en bourse.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS 293.

Elle en vient à l'amendement AS 294 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit également, par cet amendement, d'instaurer une nouvelle contribution patronale de 40 % sur la part variable des rémunérations des opérateurs des marchés financiers.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Ces sommes étant déjà assujetties aux impositions, cotisations et contributions de droit commun, je ne puis qu'émettre un avis défavorable.

M. le président Pierre Méhaignerie. Il faudra bien, un jour, mettre fin aux idées reçues en la matière : savez-vous, aussi étonnant que cela puisse paraître, que c'est aux États-Unis et en France que la valeur ajoutée bénéficie le plus au travail à la différence, par exemple, de l'Allemagne qui a choisi de privilégier le capital afin de favoriser les investissements et, donc, l'emploi ?

La commission rejette l'amendement AS 294.

Article additionnel après l'article 13

Assujettissement des indemnités de licenciement aux cotisations sociales

Elle examine ensuite l'amendement AS 434 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Depuis de nombreuses années, la Cour des comptes considère l'exonération des indemnités de rupture de contrat de travail – elles s'élèvent environ à 4,5 milliards d'euros – comme des niches sociales. Leur moyenne se situant à environ 13 000 euros, le présent amendement vise à assujettir à la totalité des cotisations et contributions sociales l'ensemble de ces indemnités dès lors que leur montant est trois fois supérieur au plafond annuel de la sécurité sociale, soit un peu plus de 100 000 euros. Ce sont ainsi moins de 2 % des allocataires qui seraient concernés.

J'ajoute que seraient plus spécifiquement touchés les revenus certes les plus élevés, mais également les salariés qui bénéficient d'un patrimoine non négligeable et d'un niveau élevé de formation leur permettant de retrouver plus facilement du travail. Il me semble qu'il s'agit là d'une question de justice sociale.

Enfin, je précise que cet amendement assujettit à la totalité des cotisations les « parachutes dorés » supérieurs au montant qui vient d'être mentionné.

Mme Marisol Touraine. Nous le voterons, mais nous jugeons ce dispositif très insuffisant : en effet, le seuil de 100 000 euros étant bien trop élevé, une écrasante majorité de salariés ne sera pas concernée.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Tant mieux ! Je vous rappelle que la moyenne des indemnités s'élève à environ 13 000 euros !

Mme Marisol Touraine. Il n'y a, selon nous, aucune raison pour que certains revenus échappent au principe de la contribution de solidarité aux régimes sociaux. En l'occurrence, pourquoi ne pas fixer le seuil à 15 000 euros ?

M. Guy Lefrand. Cet amendement aurait des conséquences majeures. Le plafond de 103 860 euros, fixé au hasard et proposé brutalement, ne correspond pas à grand-chose. De surcroît, cette mesure serait complètement isolée, alors qu'il est

question, depuis quelques semaines, d'une réforme fiscale globale, nécessitant une réflexion approfondie.

M. Dominique Tian. J'ajoute qu'elle créerait une double peine : des personnes déjà victimes d'un licenciement verraient l'ensemble de leurs indemnités de départ assujetties à un prélèvement. Pour quelqu'un qui a passé quinze ou vingt ans dans une entreprise, 103 000 euros, ce n'est pas énorme

M. le président Pierre Méhaignerie. Je partage l'avis du rapporteur, mais je regrette que nous procédions par petites touches.

La commission adopte l'amendement AS 434.

Après l'article 13

La commission est saisie de l'amendement AS 295 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit de porter de 2 à 12 % le taux de prélèvement social sur les revenus de capitaux mobiliers et les plus-values, gains ou profits réalisés sur les marchés financiers.

Après avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS 295.

Elle examine ensuite l'amendement AS 290 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Nous proposons d'assujettir à une nouvelle contribution les revenus financiers des sociétés financières et non financières, à un taux égal à la somme des taux de cotisation d'assurance vieillesse à la charge des employeurs du secteur privé. Cette nouvelle contribution aurait deux objectifs : apporter un financement immédiat aux régimes obligatoires de base ; inciter fortement les entreprises à privilégier le facteur travail.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable. Cela ferait peser une charge excessive sur les prestataires de services financiers de notre pays, eux aussi confrontés à une compétition rude au niveau mondial.

La commission rejette l'amendement AS 290.

La commission en vient à l'amendement AS 196 de Mme Marisol Touraine.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Cet amendement a pour objet de rendre dissuasive l'utilisation abusive des emplois à temps partiel et de limiter leur effet sur les pensions de retraite des femmes, qui, au cours de leur carrière professionnelle, ont souvent subi des périodes de travail à temps partiel contraint. L'une des raisons principales de l'inégalité salariale entre les hommes et les

femmes est le temps partiel non choisi, qui concerne plus de 80 % des femmes sous contrat de travail à temps partiel.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Si nous chargeons encore davantage l'emploi à temps partiel, c'est l'emploi tout court qui en pâtira. Avis défavorable.

Mme Catherine Génisson. Franchement, cet argument est irrecevable. La question de l'inégalité salariale entre les hommes et les femmes revient régulièrement en débat, ce fut encore le cas récemment à propos des retraites. Le temps partiel subi est une trappe à pauvreté pour les femmes, en particulier les chefs de famille monoparentale. Il n'est pas possible de déclarer, la main sur le cœur, que l'on est favorable à l'égalité professionnelle, tout en refusant de lutter contre le fléau du temps partiel subi.

La commission rejette l'amendement AS 196.

La commission est saisie de l'amendement AS 198 de Mme Marisol Touraine.

M. Christophe Sirugue. Lors du débat sur les retraites, nous avons beaucoup évoqué la question de l'emploi des seniors, en constatant que nombre d'entreprises n'accomplissaient pas les efforts suffisants pour les maintenir en activité. Notre amendement tend à majorer les cotisations dues par les employeurs au titre des assurances sociales, en fonction de l'effectif des salariés de cinquante-cinq ans et plus présents dans l'entreprise et en tenant compte de la réalité de l'emploi dans chaque bassin d'emploi.

Après avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS 198.

Article 14

(art. L. 131-8, L. 135-3 et L. 137-16 du code de la sécurité sociale)

Recettes affectées au Fonds de solidarité vieillesse dans le cadre de la réforme des retraites

L'article 14 du projet de loi de financement a pour objet de mettre en œuvre le volet recettes de la réforme des retraites actuellement en discussion. Lors de la présentation de la réforme le 16 juin dernier, le Gouvernement avait indiqué que de nouvelles recettes seraient mobilisées pour équilibrer notre système de retraite à horizon 2020.

Comme il avait été indiqué à l'époque, ces nouvelles recettes devaient bénéficier, au final, au Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et financer les mesures de solidarité prises en charge par ce dernier. C'est ce que prévoit l'article 57 du projet de loi qui propose la prise en charge par le FSV, à hauteur des recettes perçues, d'une partie du minimum contributif aujourd'hui à la charge des régimes.

La difficulté, technique, est qu'aucune de ces recettes (hormis celle concernant les retraites « chapeau ») n'était jusque là affectée au FSV. L'objet de cet article est donc de mettre en place une « tuyauterie » que, par euphémisme, l'on peut qualifier de complexe pour que ces nouvelles recettes reviennent, *in fine*, au FSV. Signalons enfin que cet article a vocation à évoluer par amendement, compte tenu des annonces faites par le Gouvernement pour financer les mesures adoptées par le Sénat concernant la retraite des mères de trois enfants et des parents d'enfants handicapés.

A. DES MESURES DE RECETTES DISPERSÉES ENTRE LE PROJET DE LOI DE FINANCES ET LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Comme il avait été indiqué en juin dernier, les nouvelles mesures de recettes comprises dans la réforme des retraites touchent aussi bien les ménages, et plus particulièrement les plus hauts revenus, que les entreprises comme le résume le tableau ci-après :

Rendement des recettes envisagées au profit des régimes de retraite

(en millions d'euros constants de 2010)

	Rendement 2011	Rendement 2020
<i>Contributions des hauts revenus</i>	415	630
Augmentation de 40 % à 41 % du taux marginal du barème de l'impôt sur le revenu	230	290
Retraites « chapeau » : suppression de l'abattement de 1 000 euros par mois pour l'imposition des rentes et instauration d'une contribution salariale spécifique de 14 %	115	140
Stock-options : passage de la contribution patronale spécifique sur la valeur des options de 10 à 14 % et de la contribution salariale sur le gain de levée d'option de 2,5 à 8 %	70	200
<i>Contributions des revenus du capital</i>	1 090	1 340
Hausse d'un point des prélèvements sur les plus-values de cessions mobilières (18 % à 19 %)	90	110
Hausse d'un point des prélèvements sur les plus-values de cessions immobilières (16 % à 17 %)	45	50
Hausse d'un point du prélèvement forfaitaire libératoire sur les dividendes et les intérêts (18 % à 19 %)	130	160
Suppression du crédit d'impôt sur les dividendes	645	800
Imposition des plus-values de cession de valeurs mobilières au premier euro	180	220
Total taxes sur les ménages	1 505	1 970
Annualisation des allègements généraux de charges sociales	2 000	2 400
Suppression du plafonnement de la quote-part pour frais et charges sur les dividendes reçus par une société mère de ses filiales	200	250
Total taxes sur les entreprises	2 200	2 650
Total	3 705	4 600

Source : direction de la législation fiscale et direction de la sécurité sociale

Au-delà de cette grille de lecture par assujetti, il convient d'analyser les affectataires actuels des taxes dont il est proposé la majoration ou bien des niches dont il est proposé la suppression. Ainsi, certaines de ces mesures bénéficient-elles dans un premier temps au budget général de l'État (par exemple l'augmentation du taux marginal du barème de l'impôt sur le revenu) tandis que d'autres bénéficient à la CNAMTS (par exemple la majoration des prélèvements sur les *stock-options*).

Au final, toutes ces mesures sont réparties entre le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Votre rapporteur vous renvoie au commentaire détaillé de chacun des articles concernés figurant soit dans le présent rapport, soit dans le rapport n° 2857 de M. Gilles Carrez, rapporteur général de la commission des finances.

1. Les mesures inscrites dans le projet de loi de finances

À l'**article 3** du projet de loi de finances figure la contribution supplémentaire de 1 % sur les hauts revenus et sur les revenus du capital. Cela se traduit par la majoration de 1 point :

- de la tranche d'imposition la plus élevée du barème progressif de l'impôt sur le revenu (40 %) ;

- du taux de 18 % fixé pour l'application du prélèvement forfaitaire libératoire (intérêts et dividendes) ou de la retenue à la source sur les dividendes versés par des sociétés françaises à des personnes physiques non résidentes ;

- et enfin, des taux proportionnels (18 % ou 16 %) applicables aux plus-values de cessions mobilières, et aux plus-values immobilières.

À l'**article 5** figure la suppression du seuil de cession pour l'imposition à l'impôt sur le revenu des gains de cession de valeurs mobilières et de droits sociaux réalisés par les particuliers : il est ainsi prévu d'imposer à l'impôt sur le revenu, dès le premier euro de cession, les plus-values de cession de valeurs mobilières et de droits sociaux réalisées par les particuliers. Cette mesure permet, par ailleurs, d'harmoniser le régime fiscal de ces plus-values avec leur régime au regard des prélèvements sociaux, auxquels elles sont soumises quel que soit le montant des cessions du foyer fiscal depuis le 1^{er} janvier 2010

Enfin, à l'**article 6** du projet de loi de finances figure le déplafonnement de la quote-part de frais et charges dans le régime des sociétés-mères.

2. Les mesures inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale

Les autres mesures de recettes de la réforme des retraites figurent donc dans le présent projet. L'**article 10** du projet vient majorer les prélèvements perçus sur

les retraites « chapeau », en supprimant l'abattement sur les rentes dont bénéficient les entreprises ayant choisi le prélèvement à la sortie et en créant un prélèvement additionnel de 14 % sur l'ensemble des rentes versées.

L'article 11 augmente, quant à lui, le taux des prélèvements sur les *stock-options* : il est proposé, dans la lignée des lois de financement précédentes, de rapprocher les taux de prélèvement sur les *stock-options* du taux de droit commun du prélèvement portant sur les salaires, d'une part en augmentant de 10 à 14 % le taux de la contribution patronale sur les *stock-options* et, d'autre part, en portant le taux de la contribution salariale sur ces mêmes *stock-options* de 2,5 % à 8 % (portant ainsi le taux de prélèvement salarial global à 20 %, compte tenu des prélèvements sociaux déjà assis sur les revenus du capital).

Enfin, **l'article 12** du projet de loi de financement propose l'annualisation du calcul des allègements généraux de charges sociales : en effet, le mode de calcul actuel de la réduction générale, dont le montant global s'est élevé à 22,3 milliards d'euros en 2009, conduit à une réduction plus importante pour les employeurs qui versent une partie de la rémunération sous forme de primes ponctuelles (par exemple 13^e mois), plutôt que de manière lissée sur les douze mois de l'année.

B. UN DISPOSITIF D'AFFECTATION PARTICULIÈREMENT COMPLEXE

Ces recettes ne sont aujourd'hui pas affectées au FSV dont les recettes « naturelles » sont, pour l'essentiel, la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S).

1. Les bénéficiaires réels des nouvelles recettes

Les trois mesures inscrites dans le projet de loi de finances pour 2011, relatives à l'impôt sur le revenu, aux contributions sur les revenus du capital ainsi qu'à la suppression du plafonnement de la quote-part pour frais et charges sur les dividendes reçus par une société-mère de ses filiales, viendront mécaniquement abonder le budget de l'État, à hauteur de 1,341 milliard d'euros en 2011 et de 1,588 milliard d'euros en 2012.

Quant au rendement de la mesure d'annualisation du mode de calcul de l'allègement général de cotisations patronales, il se répartit mécaniquement entre les différentes branches du régime général (+ 2 milliards d'euros en 2011 et + 2,09 milliards d'euros en 2012) et au final permet à l'État de faire des économies sur le panier fiscal de compensation des exonérations générales de charges.

Et l'augmentation de la contribution sur les *stock-options* est affecté directement à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (+ 70 millions d'euros en 2011 et + 82 millions d'euros en 2012).

Au final, seule l'instauration d'une nouvelle contribution sur les retraites chapeau est directement affectée au FSV (+ 110 millions d'euros en 2011 et + 117 millions d'euros en 2012).

2. Des transferts peu lisibles

Au final, on constate qu'une partie des nouvelles recettes bénéficie à l'État (soit directement, soit indirectement via les économies sur le panier fiscal) et une partie à la CNAMTS.

Nonobstant ce caractère déjà complexe, le choix a été fait de rajouter une étape avant que les recettes directement affectées à l'État ne bénéficient au FSV : au lieu d'affecter une recette de l'État directement au FSV, il est affecté, par l'article 39 du projet de loi de finances, une fraction de TVA à la CNAMTS.

Au final, la CNAMTS est donc bénéficiaire à la fois de la mesure relative aux *stocks-options* et de l'affectation d'une fraction de TVA. En contrepartie, la CNAMTS abandonne deux recettes au profit, enfin, du FSV : la C3S additionnelle créée en 2004 et une part du forfait social. Le tableau ci-dessous, issu de l'étude d'impact, résume ces transferts :

Rendement des mesures (en M€)		2011	2012
Surcroît de recettes pour la CNAM	Stock-options	70	82
	TVA	1 340	1 592
	Sous-total (A)	1 410	1 674
Perte de recettes pour la CNAM (transfert au FSV)	Part du forfait social	428	654
	C3S additionnelle	982	1 020
	Sous-total (B)	1 410	1 674
Bilan pour la CNAM	A-B	0	0

Enfin, une fraction de la taxe sur les salaires, auparavant affectée au panier de recettes de compensation des exonérations, est affectée au FSV, afin de compenser l'économie pour l'État de l'annualisation des exonérations de charges.

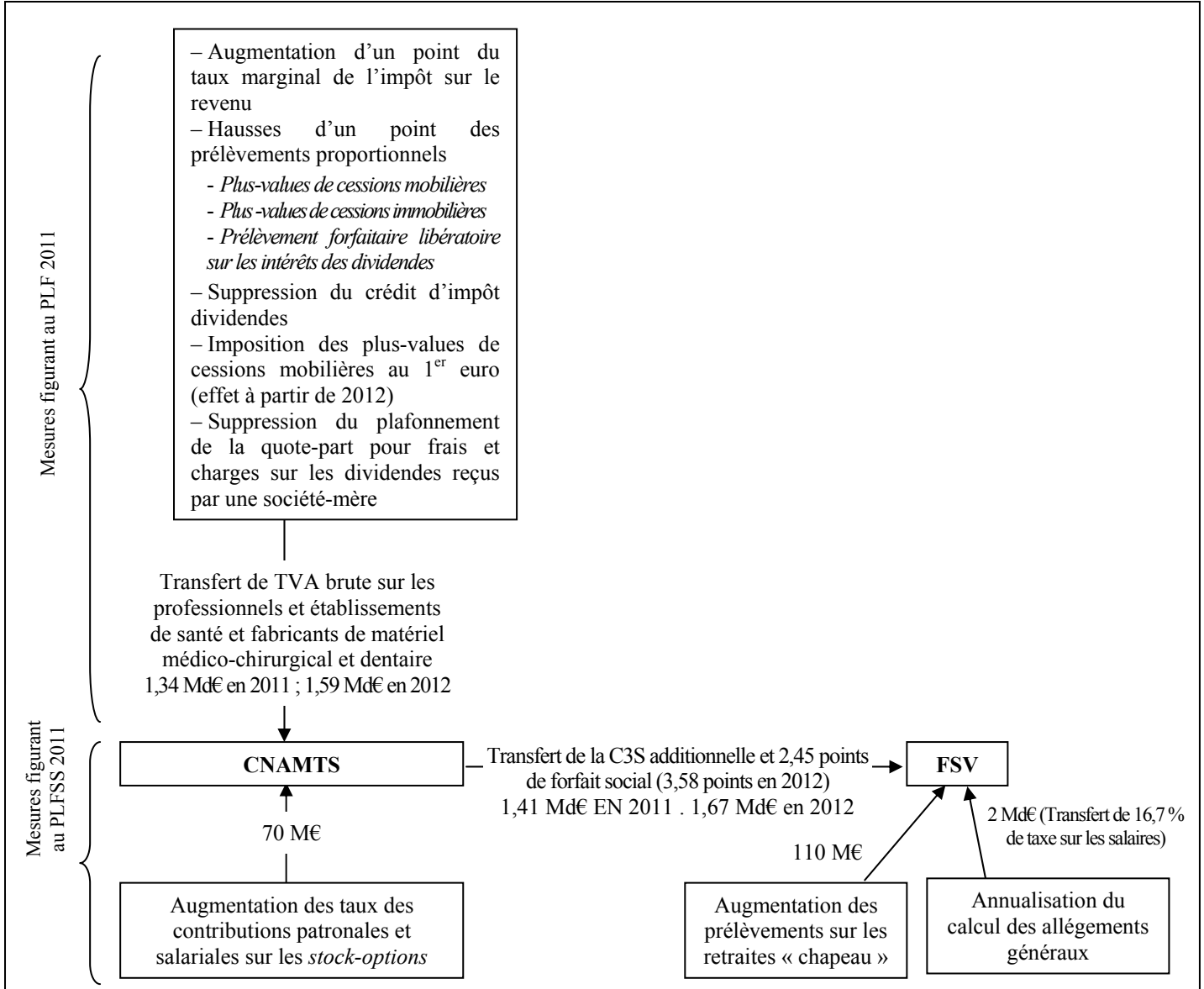
Le tableau suivant fait la synthèse du surcroît de ressources dont bénéficiera ainsi le FSV au titre de la réforme des retraites :

Rendement affecté au FSV (en M€)	2011	2012
C3S additionnelle	982	1020
Part du forfait social	428	654
Fraction de la taxe sur les salaires	2 000	2 090
Contribution sur les retraites « chapeaux » (<i>son produit va spontanément au FSV / aucune mesure de transfert n'est nécessaire</i>)	110	117
TOTAL	3 520	3 881

Source : étude d'impact

Au final, le graphique ci-après, extrait de l'annexe 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, résume, si l'on ose dire, le schéma financier pour le moins complexe retenu par le Gouvernement :

Le volet « recettes » du rendez-vous retraites



Source : annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale

3. Le dispositif juridique

a) La modification du panier fiscal

Le 1^o du I (**alinéa 2**) modifie l'article L. 131-8 qui fixe la liste des recettes fiscales affectées à la compensation des allègements généraux en faveur des bas salaires. Affectée depuis 2007 à 100 % à cette compensation, la taxe sur les salaires

n'y est plus affectée qu'à 83,3 %, afin de tenir compte des économies générées par l'annualisation des allègements de charges.

b) Les recettes du Fonds de solidarité vieillesse

Le 2° du I (**alinéas 3 à 9**) modifie l'article L. 135-3 qui énumère les recettes du FSV. Votre Rapporteur attire l'attention sur le fait que ce même article est également modifié par l'article 9 du présent projet de loi qui attribue au FSV un certain nombre de recettes aujourd'hui affectés au Fonds de réserve pour les retraites, ainsi qu'à l'article 10 qui crée un nouveau prélèvement sur les retraites « chapeau ».

Le a) du 2° du I (**alinéas 4 et 5**) est le miroir du 1° du I dans la mesure où il affecte au FSV une fraction égale à 16,7 % de la taxe sur les salaires, afin de faire bénéficier à celui-ci de l'annualisation des allègements de charges.

Le b) du 2° du I (**alinéas 6 et 7**) pose le principe d'une affectation au FSV d'une partie du forfait social, prélèvement autrefois intégralement affecté à la CNAMTS.

Le c) du 2° du I (**alinéas 8 et 9**) affecte enfin au FSV le produit de la C3S additionnelle mentionnée à l'article L.245-13. Rappelons que cette contribution a été instaurée par l'article 75-I de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et était depuis sa création affectée en totalité à la CNAMTS. Son rendement a été de 1 020 millions d'euros en 2009, 980 millions d'euros en 2008, 917 millions d'euros en 2007, 855 millions d'euros en 2006 et de 794 millions d'euros en 2005. Le montant 2010 sera probablement très proche de 950 millions d'euros.

c) Une nouvelle clef de répartition du forfait social

Le 3° du I (**alinéas 10 à 13**) modifie l'article L. 137-16 fixant le taux du forfait social (déjà modifié par l'article 13 du présent projet de loi qui porte le taux de 4 à 6 %) institué à l'article L. 137-15. Est instaurée une clef de répartition entre, d'une part, la CNAMTS, à hauteur de 2,42 % et, d'autre part, le FSV, à hauteur de 3,58 %.

d) Les recettes de la CNAMTS

Le 4° du I (**alinéas 14 à 18**) modifie l'article L. 241-2 qui fixe les recettes de la CNAMTS.

Il procède à deux modifications de fond ; il supprime l'affectation à la CNAMTS de la C3S additionnelle (suppression du 3° à l'alinéa 15) et il prévoit que n'est plus affectée à la CNAMTS qu'une fraction du forfait social (alinéa 17) et non plus son intégralité.

Par ailleurs, il procède à une clarification rédactionnelle de l'article qui comprend en fait deux rubriques : les cotisations d'une part ; les autres ressources d'autre part. Le but de l'opération est de remettre dans les autres ressources ce qui ne relève pas des cotisations (par exemple le forfait social ou le prélèvement sur les jeux et paris).

Notons enfin que cet article est également modifié par l'article 39 du projet de loi de finances, qui affecte à la CNAMTS la TVA collectée par plusieurs secteurs d'activité en lien avec la sphère sociale.

e) Le dispositif transitoire

Enfin le II de l'article (**alinéas 20 à 22**) fixe pour 2011 une clef de répartition du forfait social différente de celle décrite ci-dessus. En effet, le produit reçu par le FSV sera plus faible en 2011 qu'à partir de 2012, dans la mesure où les mesures de recettes prévues dans le cadre de la réforme des retraites n'ont un plein rendement qu'à partir de 2012. En 2011, 3,55 % de forfait social (sur 6 %) seront affectés à la CNAMTS et 2,45 % au FSV.

f) Date d'entrée en vigueur

Le III du présent article (**alinéa 23**) fixe une date d'entrée en vigueur pour les mesures relatives à la taxe sur les salaires. En effet, pour celle-ci, les règles comptables disposent que les encaissements du début de l'année (jusqu'au 14 février) doivent être rattachés à l'exercice n-1. Le III permet donc d'assurer que les anciens affectataires auront toute la recette attendue dans leurs comptes 2010, et que, par symétrie, le FSV n'aura pas à comptabiliser de produit de taxe sur les salaires en 2010. La mesure d'annualisation n'aura, en effet, d'impact que sur les comptes 2011.

*

La commission adopte l'article 14 sans modification.

Article 15

(art. L. 136-2 du code de la sécurité sociale)

Encadrement du montant de la rémunération auquel l'abattement pour frais professionnels de 3% est applicable à la CSG

L'article 15 du projet de loi de financement a pour objet de plafonner la minoration de 3 % dont fait l'objet l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus salariés, ainsi que de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), afin de tenir compte des frais professionnels.

Votre rapporteur approuve cette mesure qui permet de rapprocher cette exonération de la réalité des frais professionnels effectivement supportés par le

salarié mais regrette que le plafond proposé par le Gouvernement réduise excessivement son rendement, qui ne sera que de 25 millions d'euros.

A. LA DÉDUCTION FORFAITAIRE POUR FRAIS PROFESSIONNELS

Aujourd'hui, la CSG et la CRDS se calculent sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires ainsi que des allocations de chômage, après application d'une déduction forfaitaire représentative des frais professionnels. Cette déduction s'opère sur la totalité des sommes incluses dans l'assiette des contributions. Outre les salaires et les avantages en nature, elle s'applique aux sommes liées à l'intéressement, à la participation ou à l'actionnariat.

Cette réduction a été instituée à l'origine pour assurer l'égalité devant les charges publiques en ce qui concerne l'assujettissement à CSG, entre salariés et non-salariés, compte tenu du fait que les indépendants ont, par rapport aux salariés, de meilleures possibilités de déduction de leurs frais professionnels de l'assiette sociale. Pour les non-salariés, c'est le revenu net des charges, celles-ci comprenant les frais professionnels, qui est retenu pour déterminer l'assiette de la CSG comme celle des cotisations.

A la création de la CSG, le taux d'abattement pour frais professionnels avait été fixé à 5 %. Ce taux a ensuite été ramené à 3 % par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cette réforme a été validée par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 2004-504 du 12 août 2004, compte tenu des progrès intervenus à la fois dans la connaissance des revenus des indépendants, et dans les possibilités accrues de prise en compte des frais professionnels pour les salariés.

L'assiette de la CSG et de la CRDS sur les revenus d'activité (salariés) et sur les allocations chômage est donc aujourd'hui égale à 97 % de ces revenus.

Cette déduction est-elle aujourd'hui encore justifiée ? Certainement dans la mesure où elle permet de préserver l'égalité devant les charges publiques entre les salariés et les non-salariés. Pour autant, son caractère proportionnel et l'absence de plafonnement est plus difficilement justifiable. Comme l'explique l'étude d'impact accompagnant le projet de loi, *« s'il est possible de considérer que les frais professionnels sont plus importants au fur et à mesure que le salaire croît, cette corrélation n'est pas sans limite et devient très discutable pour ce qui concerne les plus hauts salaires »*. En effet, par son caractère proportionnel, ce sont les plus hauts salaires qui bénéficient le plus de cette déduction.

D'ailleurs, dans le domaine fiscal, l'abattement de 10 % au titre des frais professionnels sur les revenus salariés est bien plafonné. Étendre cette logique à la CSG semble donc cohérent.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ PAR LE GOUVERNEMENT

Le 1^o de l'article 15 prévoit donc de plafonner la déduction de 3 % à quatre plafonds de la sécurité sociale, soit 138 400 euros annuels en 2010. En pratique, cela reviendrait à plafonner cet abattement à 4 150 euros annuels (et à 330 euros l'exonération de la CSG et de la CRDS associée).

Notons que la mesure ne crée pas d'effet de seuil. C'est bien la *part* de la rémunération supérieure à 138 400 euros annuels qui n'ouvre plus droit à la déduction de 3%, et non toute la rémunération qui se trouve privée d'abattement si elle dépasse ce montant.

Selon l'étude d'impact, cette mesure devrait concerner environ 1 % des salariés (soit à peu près 160 000 personnes). Ces salariés, dont les revenus sont supérieurs à quatre plafonds de la sécurité sociale, verront donc leurs prélèvements légèrement augmenter (à due concurrence de 8 % sur 3 % de leur revenus au-delà de ce seuil). Ainsi, à titre d'exemple un salarié dont les revenus sont égaux à 200 000 euros verra le montant de la CSG sur ses revenus passer de 15 520 à 15 667 euros.

Par ailleurs, le 2^o de l'article procède à une correction de cohérence liée à la réforme du volontariat civil opérée par la loi du 10 mars 2010 relative au service civique. En effet, cette loi a prévu l'assujettissement de l'indemnité versée aux volontaires du service civique à la CSG en supprimant le 8^o du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoyait jusque là l'exonération de CSG sur les indemnités versées aux volontaires. Or, compte tenu des jeux de renvoi du code de la sécurité sociale au code général des impôts, il est également nécessaire d'adapter le 3^o du même article.

C. UNE MESURE AU RENDEMENT ASSEZ FAIBLE

Selon l'étude d'impact, le rendement attendu se chiffrerait à 25 millions d'euros en 2011, pour atteindre 28,8 millions d'euros en 2014. Cet impact financier a été établi sur la base d'une masse salariale pour les rémunérations au-delà de 4 plafonds annuels de la sécurité sociale estimée à 11 milliards d'euros. L'assiette réassujettie est donc d'environ 330 millions d'euros, pour un rendement de CSG et de CRDS à 8 % d'environ 25 millions d'euros. Ce rendement est ensuite réparti entre les régimes sur la base de la répartition classique de la CSG et de la CRDS et évolue comme la masse salariale.

(en millions d'euros)

Organisme (s) impacté (s) (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés				
	2010 (rectificatif)	2011 (prévisions)	2012	2013	2014
<i>Volet plafonnement du niveau de salaire ouvrant droit à déduction, dont :</i>		+25	+26,3	+27,6	+28,8
CNAM		+16,5	+17,4	+18,2	+19,1
FSV		+2,6	+2,7	+2,9	+3
CADES		+2,2	+2,3	+2,4	+2,5
CNSA		+0,3	+0,3	+0,3	+0,4
CNAF		+3,4	+3,5	+3,7	+3,9

D. LA NÉCESSITÉ D'ALLER PLUS LOIN

S'il salue cette initiative du Gouvernement, votre rapporteur pense qu'il est possible d'aller plus loin dans la limitation des effets négatifs liés à la déduction forfaitaire pour frais professionnels.

Il semble en particulier possible de réduire le plafond proposé de 4 à 2 plafonds de la sécurité sociale, soit 69 200 euros. Dans l'étude d'impact, le gouvernement justifie ainsi son choix de retenir 4 plafonds : « *Ce seuil est retenu par cohérence avec le montant du revenu maximum pris en compte pour la déduction forfaitaire de 10 % des frais professionnels pour le calcul de l'impôt sur le revenu (soit 139 500 euros annuels en 2010).* »

Votre rapporteur n'est pas convaincu par ce rapprochement pour plusieurs raisons :

- d'abord, ce plafond de 139 500 euros est aujourd'hui considéré par de nombreux spécialistes de la fiscalité comme étant largement excessif et comme contribuant à une réduction excessive de l'imposition des revenus les plus élevés.

- par ailleurs, il n'y a pas de raison juridique pour aligner le régime de la CSG sur celui de l'impôt sur le revenu ; la preuve en est que le taux appliqué (5 % jusqu'en 2005, 3 % depuis) est bien inférieur au taux de 10 % appliqué pour l'impôt sur le revenu.

- enfin, la CSG a été créée avec l'objectif de disposer d'une imposition ayant l'assiette la plus large possible et un taux bas ; toute mesure permettant un élargissement de son assiette va donc dans le bon sens.

Abaisser le plafonnement de 4 à 2 plafonds de la sécurité sociale semble une option plus ambitieuse, tout en respectant l'objectif constitutionnel de maintien de l'équilibre entre salariés et non-salariés au regard des frais professionnels. Cela concernerait environ 800 000 personnes, c'est-à-dire les personnes gagnant plus de 70 000 euros par an (sur la base de la population salariée fixée par la DARES à

16 millions en 2008). La masse salariale correspondant à la part des rémunérations au-delà de ce seuil étant estimée à 32 milliards d'euros, le rendement de la mesure avec un tel seuil serait donc d'environ 77 millions d'euros.

Par ailleurs, votre rapporteur s'interroge sur la justification de faire bénéficier la participation et l'intéressement de cet abattement. En effet l'application systématique de l'abattement sur l'intégralité des rémunérations du travail n'est pas toujours justifiée, car il n'y a pas de « frais professionnels » en tant que tels sur les sommes perçues au titre de l'épargne salariale. L'application d'un abattement pour frais professionnels sur les éléments de revenu d'activité qui ne constituent pas juridiquement un salaire au sens de la sécurité sociale (assiette définie à l'article L. 242-1), comme l'épargne salariale notamment, pourrait donc être remise en cause. Cette mesure rapporterait 35 millions d'euros.

Au final, ce sont plus de 85 millions d'euros supplémentaires qui pourraient venir abonder la sécurité sociale.

*

La commission examine l'amendement AS 454 rectifié du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit de plafonner le montant des revenus donnant lieu à abattement à trois fois la valeur du plafond de la sécurité sociale – et non à deux fois comme l'amendement le prévoyait initialement – au lieu de quatre fois, comme le propose l'article 15 .

M. Dominique Tian. Le député UMP de base que je suis aimerais savoir si le Gouvernement est plutôt favorable ou défavorable à cette disposition.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'article 15 tend à limiter les abattements pour frais professionnels. Je considère que nous pourrions être un peu plus ambitieux que le Gouvernement, qui nous propose de ne plafonner cet abattement que pour les revenus excédant quatre fois la valeur du plafond de la sécurité sociale. Le Parlement est libre de débattre et peut parfois adopter des mesures plus ambitieuses que celles préconisées par le Gouvernement. En ma qualité de rapporteur, j'ai le droit d'émettre quelques propositions alternatives.

M. Dominique Tian. Ce n'est pas une méthode de travail !

Mme Marisol Touraine. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale échappe à la nouvelle règle constitutionnelle : la présence du Gouvernement n'est pas requise en commission. Les parlementaires sont suffisamment éclairés et avisés pour débattre entre eux et prendre position ; ils sont tout de même censés avoir travaillé sur le texte qu'ils examinent. Le Gouvernement donnera son avis en séance publique ; si certains ont des doutes, ils auront alors le loisir de le suivre. Je trouve étonnant qu'un parlementaire, faute de connaître l'avis du Gouvernement,

refuse de se prononcer en commission. Ce serait faire injure à Dominique Tian que d'imaginer qu'il n'a pas d'avis en dehors de celui d'une entité extérieure à l'Assemblée nationale, quelle qu'elle soit.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je précise que la proposition de ramener le plafonnement à trois fois la valeur du plafond de la sécurité sociale est reprise par le rapporteur général du budget dans le projet de loi de finances pour 2011 pour ce qui concerne l'impôt sur le revenu. Ce n'est pas une idée isolée. Toutefois, si cela pose problème et si vous souhaitez des explications supplémentaires, je veux bien retirer mon amendement.

M. le président Pierre Méhaignerie. Le rapporteur général du budget comme le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général du projet de loi de financement de la sécurité sociale vont plus loin que le Gouvernement en matière de réduction des déficits. Yves Bur est sur la même position que Gilles Carrez.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je suis prêt à retirer mon amendement. Nous pourrions en rediscuter, la semaine prochaine, dans le cadre de la procédure de l'article 88 du Règlement, à la lumière de la position que prendra le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de finances et en fonction du vote de l'Assemblée.

M. le président Pierre Méhaignerie. L'amendement AS 454 rectifié est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS 453 du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

M. le président Pierre Méhaignerie. J'en déduis que cet amendement aussi est retiré.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Absolument.

L'amendement AS 453 est retiré.

La commission adopte l'article 15 sans modification.

Article 16

(art. L. 242-1-3 (nouveau), L. 243-7 et L. 311-3 du code de la sécurité sociale)

Assimilation à des rémunérations et assujettissement aux prélèvements sociaux des sommes ou avantages reçus de tierces personnes dans le cadre de l'exercice d'une activité professionnelle

Le présent article vise à assimiler à des rémunérations les sommes ou avantages alloués à un salarié à raison de son activité professionnelle par une personne qui n'est pas son employeur.

1. Le problème posé

L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale prévoit l'assujettissement à cotisations des salaires, gains, indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent et en nature. Ces dispositions permettent, dans certains cas, d'assujettir à cotisations des éléments de rémunération versés par une personne tierce aux salariés d'une entreprise, ces avantages étant considérés comme versés à l'occasion du travail accompli par le salarié au profit de son employeur. La personne tierce est dès lors redevable des cotisations et contributions sociales dues sur ces éléments de rémunération : s'il est établi que le salarié a bénéficié de l'avantage à raison de sa qualité de salarié de son entreprise employeur habituel et qu'un lien de subordination existe avec la personne tierce, une jurisprudence constante confirme cet assujettissement (*cf.* encore récemment Cass. Civ. 2, 1^{er} juillet 2010, *Sté Calor contre URSSAF du Rhône* – en l'espèce, vente à prix préférentiel au personnel d'une société de produits fabriqués par d'autres sociétés de ce groupe).

A contrario, dans le cadre des contrôles auprès des personnes tierces, la jurisprudence considère que ces dernières ne sont redevables des cotisations que s'il est démontré, à leur égard, l'existence d'un lien de subordination avec le salarié bénéficiaire de l'avantage (*cf.* notamment Cass. Civ. 2, 22 janvier 2009, *URSSAF de Paris contre Fédération française de football* – en l'espèce, distribution par la FFF, lors des matchs de l'équipe de France, de sommes provenant de recettes publicitaires versées par les sponsors).

La difficulté réside dans le fait que les opérations de contrôle conduites chez l'employeur du salarié ne permettent pas, le plus souvent, de repérer l'octroi d'avantages par un tiers, et, dès lors, de réclamer à l'employeur les cotisations sur ces avantages. Un vide juridique existe donc lorsque des sommes ou avantages, tels les cadeaux, chèques-cadeaux ou voyages pour récompenser la réalisation d'objectifs commerciaux (dans les secteurs de la parfumerie, de l'automobile, ...), sont versés au salarié par une entreprise ou une personne tierce qui n'est pas son employeur habituel, alors même que celui-ci est souvent informé de l'existence de telles pratiques. C'est aussi parfois le cas des vendeurs d'un hypermarché,

rémunérés par leur employeur, mais auxquels un établissement de crédit verse par ailleurs des primes à la performance.

Figurant parmi les niches sociales recensées par l'annexe 5 au projet de loi de financement, ces sommes atteignent, selon les estimations des URSSAF, plusieurs millions d'euros. Une association d'entreprises délivrant des chèques-cadeaux considère même pour sa part que le marché serait de l'ordre de 500 millions d'euros.

Indépendamment de leur montant supposé, il est anormal que ces modalités de gratification, rémunérations déguisées qui se sont développées durant les dernières années, échappent à toute contribution au financement de la protection sociale. C'est pourquoi votre commission des affaires sociales, à l'initiative de votre Rapporteur, avait adopté un article additionnel au projet de loi de financement pour 2010, dont l'objet était d'assujettir ces sommes et avantages au versement d'une contribution forfaitaire libératoire de 20 %, affectée à la CNAMTS, ou au paiement des cotisations et contributions de droit commun si la personne tierce était, en réalité, l'employeur du salarié, si des actes ayant pour finalité d'éviter l'assujettissement aux cotisations sociales avaient été accomplis ou si l'employeur n'avait pas été informé par la tierce personne du versement de telle somme.

En séance publique, le Gouvernement s'était opposé à l'amendement en estimant qu'il était « *difficile de recourir à la mesure technique [proposée], car ces phénomènes, comme le sable, fuiront entre les doigts pour se glisser ailleurs. Les relations commerciales avec des entreprises tierces ne sont pas nécessairement condamnables, mais il faut sans doute tenter de les révéler plus clairement.* » Le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique avait cependant exprimé son « *accord pour que l'on soumette cette question à une expertise détaillée, notamment en concertation avec l'URSSAF de Paris, afin de trouver une solution adaptée au problème* ». Et de conclure : « *Nous pourrions alors envisager d'y revenir l'année prochaine.* »

Au bénéfice de ces explications, votre Rapporteur avait accepté de retirer l'amendement de la commission, en indiquant qu'il « *reviendrait en deuxième année* ». Il se réjouit donc que le Gouvernement prenne cette fois-ci les devants et propose un dispositif similaire à celui adopté l'automne dernier par notre commission.

2. Le dispositif proposé

Pour passer outre à la jurisprudence susmentionnée de la Cour de cassation, il est nécessaire de modifier la loi. Le 1^o crée donc dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 242-1-3, qui pose le principe que toute somme ou avantage alloué à un salarié à raison de son activité professionnelle par une personne qui n'est pas son employeur (et qui n'entretient donc pas avec lui un lien de subordination) est une rémunération au sens de l'article L. 242-1 du même code.

Cette qualification entraîne *ipso facto* l'assujettissement par principe de ces sommes aux cotisations et contributions de droit commun.

Un dispositif particulier est toutefois prévu lorsque le salarié exerce une activité commerciale ou en lien direct avec la clientèle, pour laquelle il est d'usage que des sommes ou avantages lui soient alloués par une personne tierce à son employeur. Dans ce cas, les cotisations et contributions sociales dues sur ces rémunérations seront acquittées sous la forme d'une contribution à la charge de la personne tierce dont le montant est égal à 20 % de la part de ces rémunérations qui excède, pour l'année considérée, 15 % du montant mensuel du SMIC (soit 201,57 euros).

La liste de ces activités ne fera pas l'objet d'une liste établie par voie réglementaire. La circulaire d'application de la mesure donnera toutefois des exemples d'activités concernées. Mais si une activité n'est pas mentionnée dans la circulaire et si elle répond néanmoins à la définition du champ fixée par la loi, elle pourra bien entendu ouvrir droit à la contribution libératoire forfaitaire.

Cette contribution aura un caractère libératoire, de telle sorte que les autres cotisations d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ne seront pas dues sur ces rémunérations. Toutefois, lorsque ces rémunérations excéderont, pour une année, le montant du SMIC mensuel (1 343,80 euros), la part supérieure à ce plafond sera soumise aux cotisations et contributions de droit commun.

En outre, la personne tierce ne pourra s'acquitter de ses cotisations et contributions sociales par le versement de la contribution libératoire, les rémunérations étant dès lors soumises au droit commun si l'une de ces conditions est remplie :

– lorsque la personne tierce appartient au même groupe que l'employeur. Dès lors, les cotisations et contributions sociales seront assises sur la totalité des sommes versées ;

– lorsque la personne tierce et l'employeur ont accompli des actes ayant pour objet d'éviter, en totalité ou en partie, le paiement des cotisations et contributions sociales. Dans ce cas, les règles et procédures relatives à l'abus de droit (article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale) s'appliqueront à l'employeur. Cette précaution est pleinement justifiée, dans la mesure où il ne peut être exclu que l'employeur et le tiers s'accordent pour que ce dernier verse en lieu et place de l'employeur un élément de rémunération, qui ne serait dès lors soumis qu'à la contribution de 20 % au lieu des prélèvements de droit commun.

Dès lors, les cotisations et contributions dues par une personne tierce sur des sommes ou avantages alloués à un salarié par cette personne tierce et n'appartenant pas au même groupe que son employeur, si des actes ayant pour

objet d'éviter le paiement des prélèvements sociaux n'ont pas été accomplis, s'échelonneront en fonction du montant de ces rémunérations comme indiqué dans le tableau ci-dessous :

Cotisations et contributions sur des sommes ou avantages alloués à un salarié par une personne tierce à son employeur et n'appartenant pas au même groupe que cet employeur

Montant des sommes ou avantages	Cotisations et contributions
Montant annuel inférieur à 15 % du SMIC mensuel	Pas de cotisations ni de contributions sociales
Montant annuel supérieur à la valeur de 15 % du SMIC mensuel	Contribution libératoire de 20 % (sur la part excédant la valeur de 15 % du SMIC mensuel)
Montant annuel supérieur à la valeur du SMIC mensuel	Cotisations et contributions sociales de droit commun (sur la part excédant la valeur du SMIC mensuel)

La personne tierce remplira les obligations relatives aux déclarations et aux versements de la contribution libératoire ou des cotisations et contributions sociales relatifs à ces rémunérations selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les salaires. Elle procédera donc aux versements aux échéances fixées pour les cotisations concernant ses propres salariés. Elle informera l'employeur des sommes ou avantages versés à son salarié. Le 2° complète d'ailleurs l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale afin d'étendre le contrôle des URSSAF à « toute personne qui [leur] verse des cotisations ou contributions ».

Enfin, les modalités d'application du nouvel article L. 242-1-3 du même code seront fixées par décret, notamment les modalités d'information de l'employeur et de l'organisme de recouvrement par la personne tierce sur les sommes ou avantages versés aux salariés. Les règles selon lesquelles les sommes recouvrées au titre de la contribution libératoire seront réparties entre les contributions et les cotisations de droit commun seront précisées quant à elles par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le 3° complète l'article L. 311-3 du même code, qui donne la liste des personnes assujetties au régime général par détermination de la loi, par un 31° visant expressément les salariés au titre des sommes et avantages mentionnés par le nouvel article L. 242-1-3.

Les salariés concernés sont déjà assujettis au régime général à raison du lien de subordination avec leur employeur, mais il est nécessaire d'apporter cette précision, car ils ne sont affiliés au régime général qu'en ce qui concerne les activités exercées pour leur employeur. Or il faut les considérer ici en quelque sorte comme des pluriactifs et le droit en vigueur ne permet pas de dire que pour leur activité secondaire, qu'ils exercent sans être salariés, pour la personne tierce, ils doivent être rattachés au régime de leur activité principale salariée.

Le jeu combiné du nouveau 31° de l'article L. 311-3 et du nouvel article L. 242-1-2 permet de déterminer où sont versées les cotisations et où sont ouverts les droits (en l'espèce, au régime général), puis quelle est l'assiette des cotisations et qui les verse (la personne tierce).

En conclusion, le dispositif proposé, équilibré au risque d'une certaine complexité, permet donc de rendre la personne tierce redevable des cotisations et contributions dues sur l'intégralité des sommes ou avantages qu'il alloue au salarié d'une entreprise, sans considération de l'existence ou non d'un lien de subordination préalable entre lui-même et le bénéficiaire de ces sommes.

Dans l'étude d'impact qu'il présente à l'appui du présent projet de loi, le Gouvernement estime que le rendement de cette mesure serait de 70 millions d'euros en année pleine.

Elle bénéficie également aux salariés, en ce qu'elle instaure une contribution créatrice de droits (à pension), ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent pour les rémunérations concernées. L'arrêté de répartition par risque de cette contribution, mentionné au dernier alinéa du nouvel article L. 242-1-3, permet ainsi la ventilation de la contribution, notamment sur le risque vieillesse.

Au-delà faut-il songer à les assujettir à une contribution salariale ? L'article R. 242-1 du code de la sécurité sociale exonère de cotisations et contributions salariales les salariés qui ne touchent que des avantages en nature. Lorsqu'elles viennent en revanche à titre de complément et qu'elles dépassent par exemple un SMIC mensuel, ces rémunérations doivent-elles continuer à bénéficier d'un tel régime ? On peut toutefois d'ores et déjà relever que lorsqu'elles ne pourront bénéficier de la contribution libératoire, les rémunérations visées par le présent article seront assujetties à des cotisations salariales, par application de l'article L. 242-1, visé au premier alinéa du nouvel article L. 242-1-3.

*

La commission est saisie de l'amendement AS 40 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement vise à soumettre à un prélèvement libératoire de 20% les sommes ou avantages alloués à un salarié à raison de son activité professionnelle par une personne tierce qui n'est pas son employeur. Ce prélèvement s'appliquerait au-delà d'une franchise de 200 euros par an et par salarié.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. . Avis défavorable. L'an dernier, nous avons déjà adopté cet article en Commission, mais le Gouvernement avait émis un avis défavorable en séance publique.

M. Dominique Tian. Je confirme que le Gouvernement avait émis un avis défavorable !

M. Jean Mallot. En bon « député UMP de base », Dominique Tian a pris soin de prendre connaissance de l'avis du Gouvernement !

La commission rejette l'amendement AS 40.

La commission examine l'amendement AS 41 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement procède à peu près de la même logique que le précédent : il s'agit d'indiquer que toute somme ou avantage alloué par une personne tierce à un salarié, dans le cadre de son activité professionnelle, mais sans lien direct avec celle-ci, ne constitue pas une rémunération au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable. Cet amendement priverait le dispositif de tout sens.

M. Dominique Tian. Taxer les cadeaux aux agents de tourisme ne résout pas le problème de la sécurité sociale. C'est presque du harcèlement !

La commission rejette l'amendement AS 41.

Après avis défavorables du rapporteur, la commission rejette successivement les amendements AS 43 et AS 42 de M. Dominique Tian.

La commission adopte l'article 16 sans modification.

Après l'article 16

La commission est saisie de trois amendements portant articles additionnels après l'article 16.

Elle examine d'abord l'amendement AS 291 de Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il s'agit de moduler les cotisations patronales d'assurance vieillesse en fonction des choix des entreprises en matière de répartition des richesses produites : celles qui privilégient le capital au détriment de l'emploi, des salaires et de la formation professionnelle seront soumises à deux cotisations additionnelles.

Après avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS 291.

Article additionnel après l'article 16

Clarification du cadre juridique de l'activité de loueur de chambres d'hôtes

La commission est saisie de l'amendement AS 448 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement a pour objet de clarifier le cadre juridique dans lequel s'exerce l'activité de loueur de chambres d'hôtes. Cette clarification leur permettra de bénéficier dans des conditions homogènes du dispositif d'auto-entrepreneur et de s'ouvrir des droits sociaux, notamment des droits à pension.

La commission adopte l'amendement AS 448.

Article additionnel après l'article 16

Prolongation de l'expérimentation du dispositif d'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite à des fins d'insertion

Elle examine ensuite l'amendement AS 345 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, nous avons adopté un dispositif d'affiliation au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite à des fins d'insertion. L'expérimentation n'a toutefois pu être mise en place qu'à la mi-2010 et aucune leçon n'a pu en être tirée. Je vous propose par conséquent de la proroger jusqu'à fin décembre 2012.

M. le président Pierre Méhaignerie. Pour poursuivre une expérimentation, une mesure législative est-elle requise ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Oui. L'année dernière, des expérimentations ont été « retoquées » par le Conseil constitutionnel parce que leurs dates de début et de fin n'étaient pas suffisamment cadrées.

La commission adopte l'amendement AS 345.

Article 17

(Art. L. 731-15 et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 136-4 et L. 136-6 du code de la sécurité sociale)

Intégration dans l'assiette des cotisations des non-salariés agricoles des revenus tirés des loyers des biens gardés dans le patrimoine privé et utilisés pour l'activité professionnelle

Le présent article vise à intégrer dans l'assiette des cotisations des exploitants agricoles les revenus tirés des loyers des biens gardés dans le patrimoine privé et utilisés pour l'activité professionnelle.

A. L'ÉVASION PAR LE BIAIS DE LA FORME SOCIÉTAIRE

1. La lutte contre le montage sociétaire

L'évasion sociale dans le régime agricole emprunte de nombreux montages juridiques : il s'agit notamment des sociétés agricoles qui n'atteignent pas les seuils d'assujettissement, des sociétés associées de sociétés agricoles, des gérants ou associés déclarant ne pas participer aux travaux, des minoration de l'assiette sociale dans les sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés, enfin, des sociétés entre époux qui constituent un des montages sociétaires les plus fréquents.

Le régime réel est sujet à des pertes d'assiette sociale par le biais de la transformation d'exploitations agricoles en sociétés. Or, les formes sociétaires connaissent une forte croissance dans le secteur agricole, puisqu'elles ne représentaient que 7 % des exploitations en 1993, contre 32 % en 2005. Afin d'encadrer ce phénomène, une cotisation de solidarité avait été créée en 2003 dans le but de limiter la perte des recettes sociales consécutive au passage en société. Sa suppression par la loi d'orientation agricole du 5 janvier 2006, dans le but de favoriser l'investissement en agriculture, a généré une perte de recettes pour le régime agricole et des difficultés pour suivre l'évolution des pratiques d'évasion sociétaire.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a intégré les revenus tirés de la mise en location gérance d'un fonds de commerce dans l'assiette sociale des non salariés non agricoles ainsi que dans l'assiette salariale des membres de sociétés (gérant salarié).

Cette mesure visait à lutter contre certains montages juridiques consistant, pour les travailleurs indépendants, à mettre un fonds de commerce en location gérance au profit d'une société dont ils sont eux-mêmes associés, tout en continuant d'y exercer leur activité professionnelle.

2. Le statut des revenus tirés de la location des biens gardés dans le patrimoine privé agricole

Or, la législation sociale agricole n'a pas été modifiée dans le même sens.

Le faible montant des ressources propres du régime agricole au regard des dépenses du régime découle à la fois de sa démographie, mais aussi du niveau du revenu agricole. Toutefois, le recours à la solidarité nationale justifie de s'assurer que les ressortissants du régime contribuent à parité avec les cotisants des autres régimes.

Le dispositif proposé par le présent article touche aux revenus tirés des loyers des biens gardés dans le patrimoine privé. Les non-salariés agricoles louent parfois des biens meubles et immeubles, gardés dans leur patrimoine privé et

nécessaires à l'exercice de l'activité agricole, à une société dans laquelle ils exercent une activité (associé ou gérant non salarié). En contrepartie, ces exploitants agricoles reçoivent de la part de ladite société des redevances au titre de la location des biens concernés. Or, ces revenus ne sont pas tirés d'une activité non salariée agricole au sens de la législation sociale agricole, et sont d'ailleurs imposés dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC). Ils n'entrent donc pas dans l'assiette sociale des salariés agricoles.

En ce qui concerne les salariés assimilés, l'assiette des cotisations tient compte des revenus de location gérance depuis l'ordonnance n° 2010-104 du 28 janvier 2010, qui harmonise notamment l'assiette des cotisations de sécurité sociale des différentes branches du régime agricole avec celle du régime général.

La cour administrative d'appel de Nantes vient d'admettre dans deux décisions en date du 6 avril 2010 qu'un exploitant agricole puisse déduire de son bénéfice agricole imposable les loyers afférents aux terres qu'il conserve dans son patrimoine privé tout en les utilisant pour son activité professionnelle. Cette jurisprudence, qui écarte la position défendue jusqu'alors par l'administration, présente un impact financier non négligeable en matière de cotisations sociales. En effet, elle conduit à minorer par deux fois l'assiette des cotisations à raison des loyers afférents aux terres conservées dans le patrimoine privé, mais néanmoins affectées à l'exploitation agricole, d'abord au titre de la déduction du revenu cadastral (dite « rente du sol », prévue à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime), mais également au titre de la déduction du loyer au titre de bénéfice imposable servant d'assiette aux cotisations.

B. LA LUTTE CONTRE LES PERTES D'ASSIETTE

1. Le dispositif

Le présent article propose d'intégrer à la liste des revenus pris en compte par la loi pour le calcul de l'assiette sociale des non-salariés agricoles, les revenus tirés des loyers des biens gardés dans le patrimoine privé et utilisés pour l'activité professionnelle.

À cette fin, les **1° et 2° du I** et le **2° du II** complètent respectivement les articles L. 731-15 et L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime ainsi que l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, qui énumèrent les revenus professionnels soumis à la contribution. Par coordination, le **2° du I** inclut l'article L. 136-4 parmi les articles mentionnés à l'article L. 136-6, qui exonère de CSG sur les revenus du patrimoine les revenus fonciers des personnes physiques ayant déjà supporté la CSG sur les revenus du travail ou les revenus de placement.

Toutefois cette majoration des revenus pris en compte pour le calcul de l'assiette sociale des non salariés agricoles ne touche pas les exploitants agricoles

n'ayant pas demandé à bénéficier de la déduction du revenu cadastral, prévue à l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, aussi dénommée « rente du sol », qui prévoit une déduction de l'assiette de la rémunération implicite des terres que les exploitants agricoles mettent en valeur et dont ils sont propriétaires. Cette exemption vise à ce que ce dispositif interdise de fait, suite à la récente jurisprudence de la cour administrative d'appel de Nantes, une double déduction, d'une part au titre de la « rente du sol », d'autre part au titre de la déduction des loyers des terres, lorsque l'exploitant conserve ses terres dans son patrimoine privé.

Le **III** prévoit que ces dispositions sont applicables aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2011.

2. Les effets escomptés

La perte potentielle maximale d'assiette au titre de la déduction des loyers des terres de l'ensemble des entreprises concernées est évaluée par l'étude d'impact au double de la rente du sol (76 millions d'euros). La perte potentielle maximale d'assiette est évaluée ainsi à 152 millions d'euros. L'évaluation est fondée sur une hypothèse, selon laquelle 15 % des entreprises concernées pratiqueraient cette déduction de loyers.

Avec un taux marginal d'imposition sociale de 40 % (cotisations et contributions sociales), la mesure permettrait de générer des recettes de cotisations supplémentaires de l'ordre de 9,2 millions d'euros.

Cette mesure devrait annuler la perte d'assiette engendrée par la non-prise en compte dans l'assiette des cotisations des exploitants agricoles des revenus issus de la location de biens meubles et immeubles lorsque ceux-ci sont conservés dans le patrimoine privé et affectés à l'activité professionnelle agricole exercée par les cotisants concernés à la condition toutefois que ceux-ci bénéficient déjà de la déduction pour rente du sol.

*

*La commission **adopte** l'amendement de coordination AS 458 du rapporteur.*

*La commission **adopte** l'article 17 ainsi **modifié**.*

Avant l'article 18

La commission examine les amendements identiques AS 464 du rapporteur, et AS 44 de M. Dominique Tian.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement tend à transformer en taxe la contribution à la charge des organismes

complémentaires d'assurance maladie destinée à financer le Fonds CMU. Cette mesure rendrait plus visible une taxe qui, actuellement, ne dit pas son nom. Il est normal que les assureurs complémentaires puissent identifier ce prélèvement obligatoire dans le prix de leurs prestations et en préciser l'affectation. La mesure sera neutre pour les ressources du Fonds CMU et n'aura aucun impact sur l'impôt sur les sociétés, mais les assureurs complémentaires, désormais soumis à des obligations extrêmement importantes en matière de solvabilité, pourront extraire le montant de cette taxe des calculs de ratio de fonds propres.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je soutiens cette mesure, qui contribuera à améliorer la transparence de la profession.

Mme Catherine Génisson. Nous voterons cet amendement, mais nous nous inquiétons du transfert progressif insidieux de la prise en charge vers les mutuelles, que ce soit dans le champ curatif, comme dans le champ préventif. Plutôt que d'agir par petites touches, amendement par amendement, nous devrions avoir un débat global sur ce sujet.

M. Jean-Marie Rolland. J'avais cru comprendre que, depuis le 1^{er} janvier 2009, la seule ressource du Fonds CMU était la contribution sur le chiffre d'affaires santé hors taxes, qui rapporte 1,8 milliard d'euros. Je voudrais être sûr que l'assiette de la nouvelle taxe sera exactement la même.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Nous avons vérifié que les recettes du Fonds CMU seront garanties – je n'aurais jamais accepté de les fragiliser – et que l'incidence sur l'impôt sur les sociétés sera nulle. La transformation sera donc neutre. Son seul inconvénient, que nous assumons, est de faire clairement apparaître le prélèvement obligatoire acquitté par les assurances complémentaires.

Cette année, les assureurs complémentaires seront également soumis à une taxe de 3,5 % sur les contrats responsables. Il faudra veiller – le Gouvernement y travaille – à ce qu'ils ne présentent pas aux assurés cette clarification comme une autre augmentation d'impôt.

M. Pierre Morange. Passer d'une contribution à une taxe aura nécessairement une incidence comptable. Quelles seront sur le plan fiscal les conséquences de ce changement sémantique ?

M. Jean-Marie Rolland. Cela provoquera une perte d'assiette de 1,1 milliard d'euros, soit une perte de 60 millions pour le Fonds CMU – dont je préside le conseil de surveillance.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. La contribution était déductible. Je ne peux vous répondre dans l'immédiat, mais je m'engage à le faire dans les meilleurs délais.

M. Guy Lefrand. Compte tenu de ces interrogations, le rapporteur ne peut-il retirer son amendement, pour le redéposer dans le cadre de la procédure prévue par l'article 88 de notre Règlement ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. J'y consens et je retire mon amendement.

M. Dominique Tian. Je retire également le mien.

Les amendements AS 464 et AS 44 sont retirés.

Article 18

(art. L. 863-1 du code de la sécurité sociale)

Augmentation progressive du plafond de ressources de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé

Cet article a pour objet d'augmenter progressivement le plafond de ressources fixé pour l'éligibilité à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS), de 1,2 à 1,3 fois le plafond de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

1. Eléments de contexte

L'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé a été instituée par l'article 56 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dont les dispositions ont été codifiées aux articles L. 863-1 à L. 863-6 du code de la sécurité sociale.

Cette aide repose sur un crédit d'impôt, prévu par l'article L. 863-1, pour tout organisme d'assurance maladie complémentaire auprès duquel un bénéficiaire de l'aide souscrit un contrat, qu'il s'agisse d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une société d'assurance. Ce crédit d'impôt est ouvert au titre de la contribution mise à la charge de ces organismes par l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, et affectée au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, dit « Fonds CMU ». L'article L. 863-2 du même code fait obligation à l'organisme qui bénéficie de ce crédit d'impôt d'en déduire le montant de la cotisation ou prime annuelle due par le bénéficiaire de l'aide.

Selon les évaluations menées par le Fonds CMU, l'ACS joue efficacement son rôle de « *clé d'entrée dans la couverture complémentaire santé* » : 49 % de ses

bénéficiaires au 30 novembre 2009 ne disposaient pas d'une telle couverture un an plus tôt et, selon une récente étude de la Fédération nationale de la mutualité française citée par le programme de qualité et d'efficacité relatif à la branche maladie, annexé au présent projet de loi, 90 % des bénéficiaires de l'ACS sont toujours couverts par une complémentaire santé une année après l'échéance de leur droit. Le programme de qualité et d'efficacité juge ce résultat « *satisfaisant* », soulignant que « *le but même de l'ACS est d'aider les personnes à ressources modestes à établir un lien durable avec le monde des complémentaires santé* ».

a) L'ACS, une clé d'entrée dans la couverture complémentaire du risque de maladie pour les personnes non éligibles à la CMU-C

• *Des conditions d'éligibilité fixées de façon à ce que l'ACS « prenne le relais » de la CMU-C*

En application de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, la couverture maladie universelle (CMU-C) est attribuée sous conditions de ressources. Le plafond de ressources applicable varie en fonction de la composition du foyer du demandeur, comme le montre le tableau ci-après ; à titre d'exemple, il atteint 7 611 euros par an pour une personne seule au 1er juillet 2010, ce qui correspond à une moyenne de 634,25 euros par mois. Si la CMU-C a constitué un véritable progrès pour l'accès aux soins des personnes défavorisées, la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, qui l'a instituée, n'avait en revanche prévu aucun dispositif en faveur des personnes dont les ressources dépassent de peu le plafond d'éligibilité à la CMU-C.

L'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé a été créée en vue de réduire cet effet de seuil. Elle est ouverte aux personnes dont les ressources sont supérieures au plafond de ressources de la CMU-C, sans toutefois le dépasser de plus de 20 %. Les règles d'éligibilité à l'ACS sont ainsi fixées par référence au régime de la CMU-C.

Plafonds de ressources fixés pour l'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS en métropole

(au 1^{er} juillet 2010)

Nombre de personnes par foyer	Plafond de ressources de la CMU-C		Plafond de ressources de l'ACS	
	<i>annuel</i>	<i>moyenne mensuelle</i>	<i>annuel</i>	<i>moyenne mensuelle</i>
1	7 611	634,25	9 134	761,17
2	11 417	951,42	13 700	1 141,67
3	13 700	1 141,67	16 441	1 370,08
4	15 984	1 332	19 181	1 598,42
Par personne supplémentaire	+ 3 044,50	+ 253,70	+ 3 653,45	+ 304,45

- *Un montant permettant de réduire significativement le reste à charge des souscripteurs de contrats d'assurance maladie complémentaire*

L'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale fixe le montant du crédit d'impôt qui sous-tend l'ACS à :

- 100 euros par personne âgée de moins de 16 ans ;
- 200 euros par personne âgée de 16 à 49 ans ;
- 350 euros par personne âgée de 50 à 59 ans ;
- 500 euros par personne âgée de 60 ans et plus.

Selon un récent rapport du Fonds CMU sur ce dispositif, le montant moyen de l'aide atteint 375 euros, tandis que le prix moyen des contrats souscrits s'élève à 764 euros. Ainsi, l'ACS permet de couvrir presque 50 % du prix des contrats d'assurance maladie complémentaire souscrits.

Le fait que le montant de l'aide augmente avec l'âge des bénéficiaires permet de limiter leur effort financier, compte tenu du renchérissement du coût des contrats d'assurance maladie complémentaire pour les personnes âgées, comme le montre le tableau ci-après.

Effort financier selon l'âge du souscripteur, pour une personne seule

	Nombre de bénéficiaires	Part (en %) dans la totalité des bénéficiaires	Moyennes				
			Prix €	Déduction €	Montant RAC	Taux de RAC %	Taux d'effort %
16-24 ans	4 627	3,7	285	100	185	64,9	2,4
25-29 ans	5 201	4,2	355	191	164	46,2	2,2
30-39 ans	12 696	10,2	415	200	216	52,0	2,8
40-49 ans	18 093	14,5	493	200	293	59,4	3,8
50-59 ans	24 743	19,8	590	244	345	58,5	4,5
60-69 ans	24 256	19,4	744	414	330	44,4	4,3
70-79 ans	19 637	15,7	862	422	439	50,9	5,8
80 ans et plus	15 706	12,6	913	421	492	53,9	6,5
TOTAL	12 4959	100,0	650	309	341	52,5	4,5

Taux d'effort : part du revenu consacré à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS déduite)

Source : *Rapport du Fonds CMU au Gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2009, (juin 2010)*

- *Des conditions d'attribution améliorées, favorisant une meilleure utilisation du dispositif*

Sur environ 2 millions de bénéficiaires potentiels de l'aide, 511 000 avaient fait la demande d'une attestation de droits en 2007, ce nombre s'établissant autour

de 600 000 en 2008 et 2009. En moyenne, un contrat souscrit couvre 1,62 personne.

La montée en charge du dispositif a parfois été jugée lente. Il est cependant à noter que, comme l'explique le rapport précité du Fonds CMU sur l'ACS, la « relative complexité » du dispositif « rend difficile une pénétration plus large au sein d'une population le plus souvent en difficulté face aux écrits et aux démarches administratives ».

Plusieurs mesures ont été prises pour pallier cette difficulté :

– les caisses d'allocations familiales et les caisses régionales d'assurance maladie ont mené des actions de sensibilisation ciblée sur les publics les plus susceptibles d'être éligibles à l'ACS, comme par exemple les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ;

– un nouveau modèle d'attestation a été mis en place le 2 janvier 2008 : il se présente comme une lettre-chèque mentionnant clairement le montant de l'aide, appelé « chèque – aide pour une complémentaire santé ». Selon le rapport précité du Fonds CMU, une enquête d'opinion menée pour le compte de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a en effet montré « que la matérialisation de l'aide au travers d'un chèque était pertinente et de nature à inciter les assurés à engager les démarches nécessaires auprès des organismes complémentaires ».

75 % des personnes ayant fait la demande de cette attestation de droits ont souscrit un contrat d'assurance maladie complémentaire. Les bénéficiaires de l'aide seraient ainsi 516 000 en mai 2010, selon les renseignements fournis à votre Rapporteur.

b) Un dispositif encore perfectible

Malgré des réaménagements réguliers du dispositif, une part importante des assurés reste dépourvue de complémentaire santé, notamment parmi les personnes les moins favorisées.

• Un dispositif déjà amélioré à plusieurs reprises

L'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a apporté une double modification au dispositif de l'ACS :

– afin de rendre ce dispositif plus lisible, il lui a donné sa dénomination actuelle d'« aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé », qu'il a substituée aux termes de « crédit d'impôt » ;

– il a majoré le plafond de ressources de l'ACS, en le portant de 1,15 à 1,2 fois le plafond de ressources de la CMU-C.

Puis, reprenant des recommandations formulées par le Fonds CMU dans son rapport annuel 2007 en vue de réduire le taux d'effort fourni pour le financement d'une complémentaire santé par les personnes âgées de plus de 50 ans, qui était plus élevé que pour les autres classes d'âge, l'article 58 de la loi dite « HPST » a apporté au dispositif de l'ACS deux aménagements :

– il a créé une nouvelle tranche d'âge, regroupant les bénéficiaires de l'ACS âgés de 50 à 59 ans, pour lesquels il a porté le montant du crédit d'impôt de 200 à 350 euros ;

– il a également revalorisé le montant de l'ACS pour les personnes âgées de plus de 60 ans, en le fixant à 500 euros contre 400 euros auparavant.

L'article 133 de la loi de finances pour 2010 a aussi revalorisé le montant de l'ACS pour les personnes âgées de 16 à 25 ans, en créant pour ces personnes une nouvelle tranche d'âge, pour laquelle le montant de l'aide a été porté de 100 à 200 euros. Cette mesure s'inscrit dans le Plan jeunes dévoilé par le président de la République le 29 septembre 2009.

Par ailleurs, l'article 4 du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, approuvé le 3 mai 2010, a étendu le dispositif du tiers-payant aux bénéficiaires de l'ACS pour les soins réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonné.

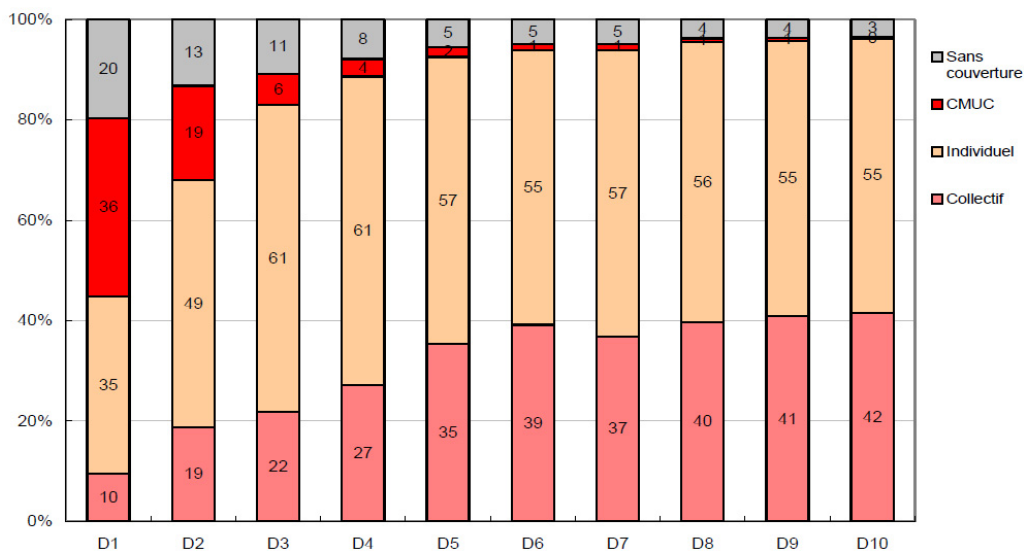
● *Un dispositif qui mérite encore d'être étendu*

Selon le programme de qualité et d'efficacité précité relatif à la branche maladie, la part de la population couverte par un contrat individuel et collectif d'assurance maladie est en « *progression continue* » et atteint 94 % en 2008.

Ce résultat est satisfaisant, dans la mesure où, comme le montrent les comptes nationaux de la santé en 2009, l'« *effet positif de la couverture complémentaire sur le recours aux soins* » est avéré, notamment pour l'accès des ménages modestes à des prestations peu remboursées par les régimes de base, comme les dépenses d'optique et de soins dentaires.

Toutefois, la part des personnes non couvertes par une assurance maladie complémentaire reste beaucoup plus élevée parmi les personnes les plus modestes, comme le montre le schéma ci-après.

Couverture complémentaire et niveau de vie



Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé et des sports, Comptes nationaux de la santé 2009, document de travail n° 149, septembre 2010

2. Le dispositif proposé

Le **I** du présent article (**alinéa 1**) vise à relever le plafond de ressources fixé par l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale pour l'éligibilité à l'ACS.

Dans sa rédaction actuelle, le premier alinéa de cet article définit ce plafond de ressources par référence à celui de la CMU-C. Il prévoit, en effet, que les personnes éligibles à l'ACS sont celles dont les ressources sont comprises entre le plafond de ressources de la CMU-C « *et ce même plafond majoré de 20 %* ».

Cet alinéa précise que les ressources des demandeurs de l'ACS sont appréciées « *dans les conditions prévues aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1* », qui définissent les revenus pris en compte pour la détermination du droit au bénéfice de la CMU-C. Il s'agit de l'ensemble des ressources nettes de prélèvements sociaux, de quelque nature qu'elles soient, y compris les prestations familiales, les pensions diverses et les revenus du capital, déduction faite des charges de pensions et d'obligations alimentaires. Toutefois, les allocations du revenu de solidarité active (RSA) sont exclues des ressources prises en compte, ainsi que 17 prestations et rémunérations énumérées par l'article R. 861-10 du code de la sécurité sociale, parmi lesquelles l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et ses compléments, la prestation de compensation du handicap et la majoration pour tierce personne, ou encore la prestation d'accueil du jeune enfant.

Afin d'augmenter le plafond de ressources de l'ACS de 1,2 à 1,3 fois le plafond de la CMU-C, l'alinéa 1 tend à substituer le taux de « 30 % » au taux de « 20 % » au premier alinéa de l'article L. 863-1 précité.

Toutefois, le **II** du présent article (**alinéa 2**) vise à rendre progressive cette augmentation du plafond de ressources de l'ACS. A cette fin, il tend à fixer un plafond de ressources dérogatoire à celui prévu par l'article L. 863-1 tel que modifié par l'alinéa 1, pour l'année 2011. Il est ainsi prévu que, jusqu'au 31 décembre 2011, le plafond de ressources de l'ACS sera fixé à 26 % de plus que celui de la CMU-C.

Le tableau ci-après présente le plafond de l'ACS tel qu'il résulterait de ces dispositions, calculé sur la base du plafond de ressources de la CMU-C en vigueur au 1^{er} juillet 2010.

Plafonds de ressources de la CMU-C et de l'ACS en métropole

Nombre de personnes par foyer	Plafond de ressources de la CMU-C au 1 ^{er} juillet 2010		Plafond de ressources de l'ACS au 1 ^{er} juillet 2010		Plafond de ressources de l'ACS prévu pour 2011		Plafond de ressources de l'ACS prévu pour 2012	
	annuel	moyenne mensuelle	annuel	moyenne mensuelle	annuel	moyenne mensuelle	annuel	moyenne mensuelle
1	7 611	634,25	9 134	761,17	9 590	799,17	9 895	824,58
2	11 417	951,42	13 700	1 141,67	14 385	1 198,75	14 842	1 236,83
3	13 700	1 141,67	16 441	1 370,08	17 263	1 438,58	17 811	1 484,25
4	15 984	1 332	19 181	1 598,42	20 140	1 678,33	20 779	1 731,58
Par personne supplémentaire	3 044,50	253,7	3 653,45	304,45	3 836,13	319,68	3 957,91	329,83

Cette hausse devrait favoriser une extension de la couverture complémentaire du risque maladie des personnes modestes. En effet, selon les précisions fournies à votre Rapporteur, le nombre de bénéficiaires potentiels de l'ACS devrait augmenter de 600 000 à la suite du relèvement de son plafond de ressources à 1,26 fois le plafond de la CMU-C, et de près d'un million de personnes à compter du relèvement de ce plafond à 1,3 fois le plafond de ressources de la CMU-C.

Ce relèvement permettra aussi de porter le plafond de ressources de l'ACS à un niveau supérieur aux revenus garantis par l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et par l'allocation aux adultes handicapés (AAH), qui atteindront :

– pour l'ASPA (souvent appelé « minimum vieillesse »), 8 907,34 euros par an à compter du 1^{er} avril 2011 pour une personne seule, puis 9 325,98 euros par an à compter du 1^{er} avril 2012, en application du décret n° 2009-473 du 28 avril 2009 relatif à la revalorisation du minimum vieillesse ;

– pour l'AAH, 759,98 euros par mois à compter du 1^{er} avril 2012 au terme d'une revalorisation progressive sur trois ans ; il convient en outre d'ajouter à ce montant celui du « forfait logement » applicable aux bénéficiaires de l'AAH, dont le montant atteint 55,21 euros par mois pour une personne seule en 2010.

Ainsi, la revalorisation annoncée de ces deux minima sociaux, qui doit atteindre 25 % sur la période 2007-2012, n'aura pas pour effet de priver les personnes âgées et les personnes handicapées de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, dont elles ont particulièrement besoin compte tenu de leur âge ou de leur état de santé.

Le **III** du présent article (**alinéa 3**) tend à préciser les conditions d'application des alinéas 1 et 2 :

– sa première phrase prévoit que le relèvement du plafond de ressources de l'ACS à 30 % de plus que celui de la CMU-C, opéré par le I du présent article, s'appliquera aux décisions d'attribution ou de refus du bénéfice de l'aide prises à compter du 1^{er} janvier 2012 ;

– sa seconde phrase tend à ce que le plafond de ressources de l'ACS fixé par le II du présent article pour l'année 2011 s'applique aux décisions d'attribution ou de refus de l'ACS prises à compter du 1^{er} janvier 2011.

En application de l'article L. 863-3 du code de la sécurité sociale, l'examen des ressources du demandeur incombe, en effet, à la caisse d'assurance maladie dont il relève, et la décision d'octroi ou de refus du bénéfice de l'ACS est prise par le directeur de la caisse sur délégation de l'autorité administrative.

Ainsi, en prévoyant que les nouveaux plafonds de ressources de l'ACS en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2011 et du 1^{er} janvier 2012 soient appliqués aux décisions d'attribution ou de refus du bénéfice de l'aide prises dès ces dates, les dispositions du III visent à ce que les nouveaux plafonds de ressources bénéficient aux personnes qui ont formulé leur demande d'ACS avant ces dates, si celles-ci sont encore en cours d'instruction.

Selon les évaluations présentées par l'étude d'impact jointe au projet de loi, le relèvement du plafond de ressources de l'ACS pourrait avoir pour conséquence une hausse du nombre de bénéficiaires de l'aide évaluée à 160 000 personnes fin 2011 et 294 000 personnes fin 2012. Il en résulte une dépense supplémentaire pour le Fonds CMU, évaluée à 23 millions d'euros pour l'exercice 2011, 64 millions d'euros pour 2012 et 82 millions d'euros à partir de 2013, lorsque la montée en puissance du dispositif sera achevée.

Mais, la charge finale de ces coûts revient à la CNAMTS : en effet, en application du dernier alinéa de l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale, elle se voit affecter « *tout ou partie du report à nouveau du Fonds* ». A ce titre, le Fonds CMU lui a versé 83 millions d'euros fin 2009. Ainsi, l'augmentation des charges du Fonds CMU résultant du relèvement du plafond de ressources de l'ACS aura pour conséquence une réduction des excédents du Fonds et, par suite, une réduction du report à nouveau susceptible d'être affecté à la CNAMTS.

Toutefois, l'affectation du report à nouveau à la CNAMTS intervient en fin d'exercice ; la CNAMTS ne reçoit donc les sommes concernées qu'au début de l'année suivante. Ainsi, l'augmentation des charges du Fonds CMU induite sur l'exercice 2011 par le relèvement du plafond de ressources de l'ACS n'aura d'impact sur les ressources de la CNAMTS qu'en 2012. C'est pourquoi, comme l'indique l'exposé des motifs, la mesure proposée aura un coût nul pour la CNAMTS en 2011.

*

La commission adopte l'article 18 sans modification.

Après l'article 18

La commission est saisie d'un amendement AS 225 de Mme Marisol Touraine.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Nous souhaitons, par cet amendement, qu'une étude soit transmise au Parlement pour qu'il soit en mesure d'évaluer les aides à l'accès à la couverture maladie complémentaire.

L'an dernier, alors que la loi portant création de la couverture universelle fêtait ses dix ans, le rapport du Fonds CMU d'évaluation de la loi a montré que l'accès à une couverture complémentaire était indispensable pour les plus démunis. Grâce à ces aides, près de 5 millions de personnes accède à une complémentaire.

On évalue à 80 % de la population cible le nombre de bénéficiaires de la CMU-C, alors même que l'aide à la complémentaire santé (ACS) ne touche qu'un peu plus de 20 % des bénéficiaires potentiels.

Selon ce rapport, la vocation universelle de la CMU-C et la baisse régulière des bénéficiaires doivent nous inciter à rester vigilants sur le chiffre de ceux qui n'ont pas recours à cette aide.

En ce qui concerne l'aide à la complémentaire santé, malgré la poursuite des actions de communication ciblées des caisses – il faut noter la revalorisation prévue par la loi dite « HPST » du montant de l'aide pour les plus de 50 ans –, on ne comptait que 475 000 bénéficiaires en février 2009, au lieu des 2 millions annoncés par le ministre Xavier Bertrand en 2006. J'ajoute qu'une partie des détenteurs de l'attestation sont des « recalés » de la CMU-C.

Il convient donc de relever le plafond de ressources pour permettre à ces personnes de bénéficier gratuitement de la couverture maladie universelle de base et complémentaire, en le portant au niveau du seuil de pauvreté.

Pour une personne seule et par mois, le plafond pour bénéficier de la CMU de base était fixé, au 1^{er} octobre 2008, à 731 euros ; le plafond pour bénéficier de la

CMU-C était de 621 euros au 1^{er} juillet 2008. Le seuil de pauvreté, quant à lui, était fixé à 880 euros en 2006.

Dans un souci de cohésion sociale et de santé publique, ces plafonds doivent être relevés de manière à ce que toute personne vivant en dessous du seuil de pauvreté puisse bénéficier gratuitement de la CMU, de base et complémentaire, au même titre que les bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Un certain nombre de rapports ont déjà fait le point sur l'accès à la couverture complémentaire, lesquels ont permis de faire évoluer le dispositif. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement AS 225.

Article 19

Modification du seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde (« taux K »)

Le présent article a pour objet de fixer à 0,5 % le seuil de déclenchement de la « clause de sauvegarde » sur les dépenses de remboursement de médicaments, dit « taux K ».

1. Le mécanisme de la clause de sauvegarde

- *Principe de la clause de sauvegarde*

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, dont les dispositions sont codifiées au I de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, a assujéti les entreprises exploitant des médicaments remboursables dispensés en officine à une contribution au titre de l'accroissement du chiffre d'affaires qu'elles réalisent au titre de ces médicaments, à l'exception des médicaments dits « *orphelins* ».

Ce mécanisme a connu deux extensions :

– L'article 21 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, dont les dispositions sont codifiées au II de l'article L. 138-10, a créé un dispositif analogue, qui assujéti à une contribution les entreprises exploitant des médicaments rétrocédés, c'est-à-dire les spécialités pharmaceutiques vendues au détail et au public par certains établissements de santé en application de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique.

– L'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a étendu, à compter du 1^{er} janvier 2010, le champ d'application des dispositions du I de l'article L. 138-10 précité aux spécialités prises en charge par l'assurance maladie en sus des tarifs hospitaliers.

Ce dispositif vise à compenser en partie les charges qui pèsent sur les régimes obligatoires d'assurance maladie, lorsque la croissance des dépenses de médicaments est plus rapide que celle de l'ONDAM. En effet, la contribution n'est due que si, au cours d'une année civile, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au titre des médicaments admis au remboursement, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation de spécialités pharmaceutiques, s'est accru par rapport à l'année précédente d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'ONDAM.

Ce mécanisme constitue ainsi une clause permanente de sauvegarde, qui incite les entreprises pharmaceutiques à s'engager dans un processus de maîtrise des dépenses par voie de convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS). En effet, les entreprises assujetties peuvent s'exonérer de cette contribution en passant avec le CEPS une convention, par laquelle elles souscrivent 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 au bénéfice des régimes obligatoires d'assurance maladie.

C'est pourquoi, en pratique, le produit des contributions instituées par l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est quasiment nul. Le mécanisme de cet article est, en effet, repris dans l'accord-cadre sectoriel conclu entre le CEPS et *Les entreprises du médicament* (LEEM) pour déterminer le montant des remises conventionnelles dues par les laboratoires.

- *Montant de la contribution*

Le montant global de la contribution prévue au I de l'article L. 138-10 est calculé sur la base d'une comparaison entre le taux de croissance du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables – dénommé « taux T » – et du taux de progression de l'ONDAM, désigné comme le « taux K ».

L'assiette de cette contribution correspond à la part du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables qui résulte d'une croissance du produit de leurs ventes plus rapide que le rythme de progression de l'ONDAM.

Le taux de la contribution est progressif par tranches. Le tableau du I de l'article L. 138-10 précité, reproduit ci-après, définit trois tranches, déterminées en fonction du dépassement du taux K par le « taux T ».

**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 %

Le montant global de la contribution est ensuite réparti entre les entreprises redevables selon trois critères, fixés par l'article L. 138-11 :

- le niveau brut de leur chiffre d'affaires, à concurrence de 30 % ;
- la progression de leur chiffre d'affaires, à concurrence de 40 % ;
- leurs dépenses de publicité, à concurrence de 30 % ;

Le même article exonère toutefois de la part de la contribution assise sur la progression de leur chiffre d'affaires les entreprises créées depuis moins de deux ans, sauf si leur création résulte d'une scission ou d'une fusion d'une entreprise ou d'un groupe.

L'article L. 138-12 limite par ailleurs le montant de la contribution versée par chaque entreprise redevable à 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes.

La contribution due au titre du II de l'article L. 138-10 précité est calculée dans les mêmes conditions.

● *Niveau du taux K*

Si, en principe, la valeur du taux K correspond au taux de progression de l'ONDAM, il a toujours été fixé à un autre niveau, par dérogation à ces dispositions. Le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde a ainsi toujours été inférieur au taux de progression de l'ONDAM, comme le montre le tableau ci-dessous.

Évolution du taux K et de l'ONDAM

Année	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Taux K	2,0 %	3,0 %	3,0 %	4,0 %	3,0 %	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,4 %	1,4 %	1,0 %	0,5 %*
ONDAM voté	2,9 %	2,6 %	4,0 %	5,3 %	4,0 %	3,2 %	2,5 %	2,6 %	3,3 %	3,3 %	3,0 %	2,9 %*
ONDAM réalisé	5,6 %	5,6 %	7,2 %	6,4 %	5,2 %	3,2 %	3,1 %	4,2 %	3,5 %	3,5 %	3,0 %**	—

* taux proposé par le présent article

** prévision

Le II de l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a fixé le taux K à 1,4 % pour les années 2009 à 2011. Cette mesure pluriannuelle visait à corriger en partie l'instabilité des règles fiscales applicables aux entreprises pharmaceutiques.

Toutefois, l'article 11 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a réécrit ce II, pour remplacer ses dispositions pluriannuelles par une disposition qui fixe le taux K à 1 % seulement pour l'exercice 2010.

2. Le dispositif proposé : fixer le « taux K » à 0,5 % pour 2011

Le présent article vise à fixer le taux K à 0,5 % pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2011.

A cette fin, il prévoit que pour le calcul des contributions dues par les entreprises pharmaceutiques au titre de l'année 2011 en application de la « clause de sauvegarde », le taux de 0,5 % sera substitué au taux K mentionné dans les deux tableaux figurant à l'article L. 138-10.

Cet article comporte, en effet, deux tableaux qui définissent le taux des deux contributions qu'il met à la charge des entreprises pharmaceutiques :

– la première, prévue au I de cet article, est assise sur l'accroissement du chiffre d'affaires réalisé par ces entreprises au titre des médicaments remboursables en ville ;

– la seconde, prévue au II du même article, est assise sur la progression du chiffre d'affaires réalisé par les mêmes entreprises au titre des médicaments rétrocédés.

Selon l'article L. 138-10, le taux K cité dans ces tableaux, qui constitue le seuil de déclenchement de la « clause de sauvegarde », correspond au taux de progression de l'ONDAM. Le présent article ne modifie pas ces dispositions : il fixe seulement un taux dérogatoire au titre de l'exercice 2011. Ses dispositions ne sont d'ailleurs pas codifiées.

Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, dans l'hypothèse où le chiffre d'affaires des entreprises assujetties croissait de 1 % en 2011, le rendement de la clause de sauvegarde s'élèverait à 50 millions d'euros, soit 25 millions d'euros de plus que si le taux K restait fixé à 1 %.

Toutefois, la quasi-totalité des entreprises assujetties préfèrent s'exonérer du paiement de la contribution en versant des remises conventionnelles dans le cadre d'accords avec le CEPS. Selon les prévisions fournies à votre Rapporteur, la construction de l'ONDAM intègre, en effet, 220 millions d'euros de remises conventionnelles.

*

La commission examine l'amendement AS 226 de Mme Marisol Touraine.

Mme Catherine Lemorton. Le taux K détermine le seuil de déclenchement de la contribution des laboratoires pharmaceutiques : si le taux de croissance du chiffre d'affaires des médicaments remboursables est supérieur aux chiffres de l'ONDAM, les laboratoires versent des remises à l'assurance maladie.

Ce dispositif, qui oblige les laboratoires pharmaceutiques à participer à la protection sociale, peut paraître vertueux, mais la quasi-totalité d'entre eux ont conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Quel que soit le seuil auquel il est fixé – 1, 1,4, 0,5, voire 0 –, le taux K ne rapporte pratiquement plus rien. Pour lui redonner de la valeur, il faudrait que les conventions signées avec le CEPS soient parfaitement transparentes et que les parlementaires en connaissent le contenu. Certes, Noël Renaudin, président du CEPS, est un homme honnête, qui sait ce qu'il fait, mais il n'est pas éternel à ce poste...

En 2007, Philippe Séguin dénonçait dans le rapport de la Cour des comptes le rendement nul du taux K. Cela pose un problème s'agissant d'une taxe, surtout si l'on considère l'augmentation systématique, année après année, des chiffres d'affaires des laboratoires pharmaceutiques, qui, dès qu'ils ont signé la convention, échappent au taux K.

Je vous rappelle l'épisode ubuesque qui s'est produit l'année dernière : à dix heures du matin, dans l'hémicycle, le Gouvernement fixait le taux K à 1,4 %, contre l'avis des députés de l'opposition qui jugeaient indécent de faire payer le forfait hospitalier à des personnes approchant le seuil de pauvreté ; cinq heures plus tard, la même ministre faisait voter le taux K à 1 % !

Il faut établir des règles, c'est pourquoi je souhaite que les conventions signées avec le CEPS seront un jour rendues publiques.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il est normal que le seuil de fixation du taux K ait peu d'importance, car son objectif n'est pas de rapporter de l'argent mais d'encourager les entreprises à entrer dans un système conventionnel négocié, bien plus intéressant pour l'assurance maladie que les taux de remise.

L'industrie du médicament doit pouvoir travailler dans la durée. L'approche conventionnelle française, outre qu'elle offre une bonne lisibilité, permet une véritable maîtrise du prix du médicament. Certes, nous devons trouver 2 milliards d'euros, mais, en trois ou quatre ans, le CEPS est parvenu à réaliser 400 ou 500 millions d'euros d'économies. Notre approche conventionnelle nous permet de mener une politique du médicament, plus lisible que bien d'autres dispositifs, susceptible de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement AS 226.

Puis elle adopte l'article 19 sans modification.

Article 20

(art. L. 138-1, L. 138-10 et L. 245-2 du code de la sécurité sociale)

Fiscalité applicable aux médicaments orphelins

Le présent article a pour objet de réintégrer, dans l'assiette de certaines contributions mises à la charge des entreprises pharmaceutiques, le chiffre d'affaires qu'elles réalisent au titre des médicaments dits « orphelins » – c'est-à-dire ceux destinés au diagnostic, à la prévention ou au traitement d'une maladie rare – qui connaissent des volumes de ventes importants.

1. La situation actuelle

a) Le développement des médicaments orphelins constitue un axe important de la politique de prise en charge des maladies rares

La politique de prise en charge des maladies rares repose en partie sur des incitations au développement des médicaments orphelins.

On recense actuellement près de 7 000 maladies rares, ayant une origine génétique pour 80 % d'entre elles. Ainsi, au total, ces maladies affecteraient 4 à 6 % des individus, ce qui représente 2 à 2,5 millions de malades en France. Le rapport annexé à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique définit ces maladies comme celles qui touchent un nombre restreint de personnes en regard de la population générale, le seuil généralement admis en Europe étant d'une personne atteinte sur 2 000.

On ne compte donc pas plus de 30 000 cas d'une même maladie rare en France, ce qui a pour conséquence, comme le souligne M. Gil Tchernia dans le rapport préparatoire au Plan national maladies rares 2010-2014⁽¹⁾, que sans incitation spécifique à la recherche, l'industrie pharmaceutique est « *peu encline* » à développer des médicaments pour un marché « *par essence limité* ». En effet, si certaines maladies rares touchent quelques milliers de personnes en France – comme la drépanocytose, la sclérose latérale amyotrophique ou la mucoviscidose, avec respectivement 14 000, 8 500, et 6 000 cas –, d'autres ont une prévalence très faible, avec moins d'un cas par million d'individus.

● *La réglementation communautaire sur les médicaments orphelins*

Considérant que « *certaines affections sont si peu fréquentes que le coût du développement et de la mise sur le marché d'un médicament destiné à les diagnostiquer, à les prévenir ou les traiter ne serait pas amorti par les ventes escomptées du produit* » et que, de ce fait, « *l'industrie pharmaceutique est peu encline à développer ce médicament dans les conditions normales du marché* », le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins a établi un cadre juridique favorable au développement des médicaments orphelins. Il instaure ainsi une procédure de désignation des médicaments orphelins, qui permet à leur promoteur de bénéficier :

- d'une assistance à l'élaboration de protocoles de recherche ;
- d'une exclusivité commerciale de dix ans ;
- d'un accès privilégié à la procédure européenne d'autorisation de mise sur le marché (AMM).

L'article 3 du règlement fixe deux critères cumulatifs pour l'obtention de la désignation de médicament orphelin :

- le produit doit être destiné au diagnostic, à la prévention ou au traitement soit d'une affection qui entraîne une menace pour la vie ou une invalidité chronique et ne touche pas plus de cinq personnes sur dix mille dans l'Union européenne, soit d'une maladie mettant la vie en danger, d'une maladie très invalidante ou d'une affection grave et chronique, à condition qu'il soit peu probable qu'en l'absence de mesures d'incitation, la commercialisation de ce médicament dans l'Union génère des bénéfices suffisants pour justifier l'investissement nécessaire ;

⁽¹⁾ « Propositions pour le Plan national maladies rares 2010–2014 », rapport remis par M. Gil Tchernia à la ministre de la santé et des sports, à la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, au ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique, et au ministre de l'industrie, le 21 juillet 2010.

– il ne doit pas exister de méthode satisfaisante de diagnostic, de prévention ou de traitement de cette affection ayant été autorisée dans l’Union, ou, s’il en existe, le médicament en question devra procurer un bénéfice notable aux malades.

Dans son rapport d’évaluation du Plan national maladies rares 2005-2008 ⁽²⁾, le Haut conseil de la santé publique recense 600 désignations de médicaments orphelins et 50 autorisations de mises sur le marché accordées en application de cette procédure. Il estime qu’« *en l’absence de ce dispositif, le coût de développement des traitements serait souvent bien supérieur au retour attendu sur investissement* ».

● *Le Plan national maladies rares 2005-2008*

Le point 6.5 du rapport d’objectifs de santé publique annexé à la loi du 9 août 2004 précitée a prévu l’élaboration d’un « *plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares* ». Ce Plan national maladies rares 2005-2008 comportait un axe d’action n° 7 consistant à « *poursuivre l’effort en faveur des médicaments orphelins* » et décliné en huit mesures :

- veiller à la préservation du dispositif européen susmentionné ;
- maintenir, pour les promoteurs de médicaments orphelins, diverses exonérations de taxes à la charge des entreprises pharmaceutiques ;
- intégrer un volet relatif aux médicaments orphelins dans l’accord sectoriel conclu entre l’industrie pharmaceutique et le Comité économique des produits de santé (CEPS) ;
- soutenir les recherches sur les médicaments orphelins dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique ;
- inscrire les médicaments orphelins sur la liste des molécules innovantes et coûteuses remboursées en sus des tarifs hospitaliers ;
- permettre le financement des molécules de réserve hospitalière sans autorisation de mise sur le marché sur l’enveloppe hospitalière ;
- prévenir « *l’arrêt de commercialisation intempestif* » de certains produits de santé prescrits et utiles pour les maladies rares ;
- maintenir le dispositif d’autorisation temporaire d’utilisation (*cf. infra*).

Dans son rapport précité, le Haut conseil de la santé publique fait un bilan positif de la mise en œuvre de ces mesures, comme le montre le tableau ci-après.

⁽²⁾ Haut conseil de la santé publique, rapport d’évaluation du Plan national maladies rares 2005–2008, 2009.

Bilan des mesures de l'axe n° 7 du Plan national maladies rares 2005-2008

Mesures	Évaluation
Vigilance sur l'ensemble du dispositif européen.	Le statut accordé par l'Union européenne aux médicaments a été instauré pour encourager certaines entreprises à développer des médicaments pour des maladies orphelines. Grâce aux mesures incitatives européennes, de nombreux médicaments orphelins sont en cours de développement et seront bientôt accessibles aux patients atteints de maladies rares. Cependant, leur prise en charge relève de choix nationaux. En France, l'Assurance maladie en assure le financement, même avant l'AMM, au stade ATU.
Maintien des exonérations pour les promoteurs de médicaments orphelins.	Mesure effective.
Maintien d'un volet relatif aux médicaments orphelins, dans l'accord sectoriel entre l'industrie pharmaceutique et l'État.	Mesure effective.
Soutien à la recherche par le Programme hospitalier de recherche clinique (PHRC).	Mesure effective.
Inscription des médicaments orphelins sur la liste des molécules innovantes et coûteuses dans le cadre de la réforme de la T2A	Des procédures adaptées aux médicaments orphelins ont également été mises en place en France pour diminuer les délais d'instruction des demandes de prise en charge.
Le Conseil de l'hospitalisation pourra conseiller le ministre de la Santé sur les molécules de réserve hospitalière sans AMM, qui pourront être financées sur l'enveloppe hospitalière (Ondam hôpital).	Pas de bilan des actions effectuées dans le cadre de cette mesure.
Prévention des arrêts de commercialisation intempestifs de produits de santé prescrits et utiles pour les maladies rares.	Certaines associations dénoncent encore des difficultés dans ce domaine. Il n'est pas facile de prévoir les arrêts.
Maintien du dispositif d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU).	L'ATU est très utilisée.

Source : Haut conseil de la santé publique, rapport d'évaluation du Plan national maladies rares 2005-2008, avril 2009

● *Une prise en charge généreuse par l'assurance maladie*

Dans son rapport précité, le Haut conseil de la santé publique estime que « *la France est l'un des pays européens où la prise en charge de nouveaux médicaments ou de molécules anciennes redéveloppées en médicaments orphelins est probablement la plus favorable* ». En effet, deux dispositifs permettent une prise en charge rapide des médicaments orphelins après leur élaboration :

– le dispositif des autorisations temporaires d'utilisation, institué par l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, offre aux malades un accès rapide aux médicaments innovants, qui n'ont pas encore reçu d'autorisation de mise sur le marché ; ces médicaments sont vendus à prix libre, mais pris en charge à 100 % par l'assurance maladie ;

– comme l'indique le Haut conseil, des procédures adaptées ont été mises en place pour diminuer les délais d'instruction des demandes de prise en charge des médicaments orphelins.

De plus, deux dispositifs permettent de lever tout frein financier à la prescription des médicaments orphelins :

– une partie des personnes atteintes de maladies rares est éligible au régime des affections de longue durée (ALD) et, à ce titre, exonérée des « tickets modérateurs » laissés à la charge des assurés sur les dépenses de médicaments ;

– une large part des médicaments orphelins sont inscrits sur la liste des produits pris en charge par l’assurance maladie en sus des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) facturés par les établissements de santé.

b) La croissance rapide des dépenses de médicaments orphelins appelle des mesures de régulation

Votre Rapporteur se félicite de voir l’assurance maladie financer rapidement et sans restriction les médicaments orphelins. Néanmoins, si ces dépenses doivent être considérées comme prioritaires dans notre système de santé au financement solidaire, elles méritent d’être régulées, pour éviter que ne se constituent des « rentes » au profit de certains laboratoires et, *in fine*, au détriment des laboratoires qui développent des médicaments destinés au traitement des maladies les plus rares.

• *Une croissance rapide du marché des médicaments orphelins*

Même si le marché des médicaments orphelins représente encore une part très faible des ventes de médicaments, évaluée à 1,8 % en valeur et à 0,01 % en volume par l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) dans un récent rapport sur les ventes de médicaments en France⁽³⁾, il connaît une croissance exponentielle.

Dans son rapport annuel pour 2009, le Comité économique des produits de santé estime le chiffre d’affaires réalisé en France au titre des médicaments orphelins à 930 millions d’euros en 2009, soit 14 % de plus qu’en 2008, contre seulement 71 millions d’euros en 2002 selon les données du rapport précité de l’AFSSAPS.

Le comité souligne que la catégorie des médicaments orphelins, « *au-delà de l’unité que lui confère le statut reconnu aux médicaments qui la constituent, contient des produits dont le profil économique est cependant très différent* ». En effet, treize médicaments orphelins ont un chiffre d’affaires supérieur à 30 millions d’euros chacun, et leur chiffre d’affaires global représenté 710 millions d’euros en 2009, soit 76,3 % du marché des médicaments orphelins. On peut citer les cas du *Glivec*, du *Revlimid* et du *Velcade*, dont les chiffres d’affaires réalisés en France représentent respectivement 166, 103 et 64 millions d’euros selon l’étude d’impact jointe au projet de loi. En outre, lors de son audition par votre Rapporteur, M. Noël Renaudin, président du CEPS, a précisé que le chiffre d’affaires réalisé dans le monde au titre d’un médicament orphelin était au moins dix fois supérieur à son chiffre d’affaires réalisé en France.

⁽³⁾ « *Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France, 1998-2008* », rapport de l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), mai 2010

- *Une situation qui appelle des mesures de régulation*

Sans sous-estimer les coûts de recherche et de développement que les laboratoires consentent pour produire des médicaments orphelins, on peut s'interroger sur les raisons d'une telle croissance des dépenses. Un rapport élaboré en 2009 par la direction générale de la santé et la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé et des sports dans le cadre du pilotage du Plan national maladies rares 2005-2008 constate une « *surenchère sur les prix des médicaments orphelins de la part des laboratoires* », relevant notamment le cas de médicaments dont le principe actif est utilisé hors autorisation de mise sur le marché depuis de très nombreuses années dans le traitement de maladies rares ; il juge qu'il n'est alors « *pas légitime que les laboratoires puissent revendiquer pour ce type de produits des prix sans commune mesure avec l'investissement réalisé* ».

Dans ces conditions, il peut paraître souhaitable que ces dépenses fassent l'objet de mesures de régulation, visant à éviter la formation de rentes au profit de certains laboratoires, lorsque le prix des médicaments orphelins est excessif ou lorsque leur marché atteint une taille comparable à celle d'un médicament n'étant pas désigné comme orphelin.

On relèvera à cet égard que l'article 8 du règlement européen précité permet de ramener la durée de l'exclusivité commerciale accordée au promoteur d'un médicament orphelin de dix à six ans, notamment lorsqu'il est établi dès la fin de la cinquième année d'exploitation que la rentabilité est suffisante pour ne plus justifier le maintien de l'exclusivité. Cette procédure n'a encore jamais été mise en œuvre.

On notera surtout que le chiffre d'affaires réalisé en France par les entreprises pharmaceutiques au titre des médicaments orphelins est exclu de l'assiette des deux taxes suivantes, instituées en vue de réguler les dépenses de remboursement de médicaments :

- la taxe sur les ventes des grossistes répartiteurs et des laboratoires qui vendent leurs produits en direct ;

- la contribution des entreprises pharmaceutiques sur l'accroissement de leur chiffre d'affaires, dite « clause de sauvegarde » (*cf. supra*, le commentaire de l'article 19).

De plus, les laboratoires peuvent pratiquer sur l'assiette de la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments un abattement d'un montant égal à 30 % de leur chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments orphelins.

C'est pourquoi le CEPS, dans son apport annuel pour 2009, s'interroge « *sur la pertinence du maintien d'un soutien et d'avantages spécifiques pour les*

médicaments à chiffre d'affaires élevé dont la rentabilité de marché est au moins aussi bien assurée que celle de la plupart des médicaments non orphelins ».

2. Le dispositif proposé

Il est proposé de recentrer ces trois « niches fiscales » sur les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires n'excède pas 20 millions d'euros. À cette fin, le présent article modifie les trois articles du code de la sécurité sociale qui les instituent (**alinéa 1**).

Le 1^o de cet article (**alinéa 2**) tend ainsi à réintégrer dans l'assiette de la contribution due par les grossistes répartiteurs de médicaments, en application de l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale, les marges qu'ils réalisent au titre des médicaments orphelins pour lesquels le chiffre d'affaires de l'exploitant dépasse 20 millions d'euros.

Cette contribution est mise à la charge des « *entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques* », ainsi que par les laboratoires pharmaceutiques lorsqu'ils vendent en gros des spécialités remboursables. L'article L. 138-2 du même code prévoit que l'assiette de cette contribution est composée de deux parts, auxquelles sont appliqués des taux de contribution différents :

– la première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxe réalisé par l'entreprise assujettie et taxée à hauteur de 1,9 % ;

– la seconde part est constituée par l'accroissement de ce chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente, et taxée à hauteur de 2,25 %.

Dans sa rédaction actuelle, le premier alinéa de l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale exclut de l'assiette de la contribution le chiffre d'affaires réalisé par les entreprises assujetties au titre des médicaments orphelins.

L'alinéa 2 propose d'insérer dans cet alinéa une précision soumettant cette exclusion d'assiette à la condition « *que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros* ». Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, le produit de cette mesure s'élèverait à 9 millions d'euros par an.

Selon les précisions fournies à votre Rapporteur, ce plafond de 20 millions d'euros devrait s'appliquer pour chaque spécialité, et non pour l'ensemble des médicaments orphelins exploités par une même entreprise assujettie.

Cette mesure vise à appliquer le droit commun aux médicaments qui, quoique ayant été désignés comme orphelins, ont un marché comparable à ceux des autres médicaments. En effet, les exonérations prévues pour les médicaments orphelins visent à compenser leur faible rentabilité supposée, mais cette

compensation ne se justifie plus lorsqu'un médicament orphelin connaît un chiffre d'affaires susceptible d'assurer sa rentabilité pour l'entreprise qui l'exploite.

Il est d'ailleurs à noter qu'une règle analogue est prévue par l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale pour la contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxe des entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques. En effet, le chiffre d'affaires réalisé par ces entreprises au titre d'un médicament orphelin n'est exclu de l'assiette de la taxe que « *sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros* ».

Dans le même but, le 2° du présent article (**alinéas 3 à 5**) a pour objet de réintégrer dans l'assiette de la « clause de sauvegarde » organisée par l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale (*cf. supra*, le commentaire de l'article 19) le chiffre d'affaires réalisé par les exploitants de médicaments au titre des médicaments orphelins dont le marché dépasse, en France, 20 millions d'euros.

Cet article met, en effet, deux contributions à la charge des entreprises pharmaceutiques au titre de l'accroissement de leur chiffre d'affaires :

– l'une, prévue par le I de l'article, est assise sur le chiffre d'affaires qu'elles réalisent au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste des produits et prestations remboursables ;

– l'autre, instituée par le II de l'article, a pour assiette le chiffre d'affaires réalisé par ces entreprises au titre des médicaments dits « rétrocedés », que l'article L. 5126-4 du code de la santé publique permet à certains établissements de santé de vendre au détail et au public.

Dans la rédaction en vigueur de l'article L. 138-10, le premier alinéa du I et le premier alinéa du II excluent de l'assiette de ces contributions le chiffre d'affaires réalisé par les entreprises assujetties au titre des médicaments désignés comme orphelins.

Le **a)** du 2° (**alinéa 4**) tend à modifier par deux fois le premier alinéa du I de l'article L. 138-10 précité pour subordonner cette exclusion d'assiette à la condition « *que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros* ».

Le **b)** du 2° (**alinéa 5**) tend à apporter la même modification au II du même article.

Cette mesure doit permettre une meilleure maîtrise de la dynamique des dépenses de remboursement de médicaments orphelins. Comme le souligne l'étude d'impact jointe au projet de loi, son produit direct sera probablement nul, car la plupart des entreprises assujetties aux contributions concernées font le choix de s'en exonérer en versant des remises conventionnelles.

Pour les mêmes raisons, le 3^o du présent article (**alinéa 6**) tend à réintégrer dans l'assiette de la taxe sur les dépenses de publicité des laboratoires pharmaceutiques, instituée par l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, le chiffre d'affaires qu'ils réalisent au titre des médicaments orphelins lorsque ce chiffre d'affaires dépasse, en France, 20 millions d'euros.

Cette taxe est assise sur trois catégories de dépenses de promotion des médicaments énumérées par l'article L. 245-2, à savoir :

- la rémunération des visiteurs médicaux ;
- les remboursements de frais de transports des visiteurs médicaux ;
- les frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires, sauf dans la presse médicale spécialisée.

Le taux de la taxe est progressif suivant quatre tranches définies en fonction du poids des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires de chaque entreprise. Les taux fixés s'échelonnent ainsi de 19 % à 39 %.

Le II de l'article L. 245-2 précité prévoit plusieurs abattements sur l'assiette de la contribution :

- son 1^o institue un abattement de 2,5 millions d'euros ainsi qu'un abattement de 3 % sur les rémunérations des visiteurs médicaux ;
- son 2^o prévoit un abattement sur l'assiette de la contribution d'un montant équivalent à 30 % du chiffre d'affaires hors taxe réalisé par l'entreprise assujettie au titre de spécialités génériques ;
- son 3^o institue sur l'assiette de la contribution un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires réalisé au titre de médicaments orphelins.

L'alinéa 6 tend à modifier le 3^o du II de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, pour subordonner le bénéfice de cet abattement à la condition « *que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros* » pour chaque médicament orphelin concerné.

Selon l'étude d'impact jointe au projet de loi, le rendement attendu de cette mesure s'élève à 9 millions d'euros par an.

D'après les informations fournies à votre Rapporteur par le Comité économique des produits de santé, 16 médicaments orphelins ont un chiffre d'affaires supérieur à 20 millions d'euros en France, et 12 d'entre eux ont un chiffre d'affaires supérieur à 30 millions d'euros. Le rendement attendu des trois mesures proposées par le présent article s'élève donc à 20 millions d'euros.

La commission examine deux amendements, AS 117 de M. Jean-Luc Prével et AS 182 de M. Guy Lefrand, de suppression de l'article.

M. Jean-Luc Prével. Les maladies orphelines sont des maladies rares dont les traitements sont complexes et coûteux pour les entreprises. Nous demandons, par cet amendement, la suppression de l'article 20 qui propose de taxer les médicaments orphelins.

M. Guy Lefrand. En cette affaire, il y va de l'intérêt de l'industrie pharmaceutique et du respect dû aux patients victimes de maladies rares comme la leucémie chronique ou l'amyotrophie spinale. La recherche a fait d'énormes progrès, en particulier en France. Notre pays est le premier à avoir mis en place un Plan national maladies rares et il est à l'origine du règlement communautaire sur les maladies rares. Ce serait donner une très mauvaise image de notre pays que de taxer la recherche sur des médicaments qui redonnent espoir aux patients victimes de maladies rares.

J'ajoute qu'un avenant à l'accord-cadre a été signé il y a dix jours entre le CEPS et Les entreprises du médicament (LEEM) sur la régulation des médicaments orphelins. Adopter cet article dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale serait faire fi de ces négociations.

M. Claude Leteurtre. Il ne faut pas limiter le chiffre d'affaires à 20 millions d'euros dès lors qu'il s'agit de maladies rares. Imposer une telle limite adresserait un signal très négatif et contre-productif aux laboratoires de recherche.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Je comprends l'objet de ces amendements de suppression, car il m'est arrivé de défendre le même argument. Toutefois, le président du CEPS et plusieurs personnalités du LEEM m'ont appris que certains médicaments réalisent aujourd'hui d'importants chiffres d'affaires. Ainsi, le *Glivec*, qui génère, rien que pour la France, un chiffre d'affaires supérieur à 160 millions d'euros, ne peut plus être considéré comme un médicament orphelin.

Afin de réguler le prix annuel du traitement médical, le LEEM et le CEPS ont proposé dans un accord-cadre de fixer le seuil de déclenchement à 50 millions d'euros. Si nous voulons protéger les laboratoires de recherche qui ont mis au point le *Glivec*, le *Revlimid* ou le *Velcade*, il faut porter ce seuil à 30 millions d'euros et non supprimer la disposition prévoyant de taxer les médicaments orphelins au-delà d'une chiffre d'affaires supérieur à 20 millions d'euros.

Mme Catherine Lemorton. Nous sommes prêts, au groupe socialiste, à voter les amendements de suppression. Je préfère pour ma part parler de maladies orphelines au lieu de médicaments orphelins, car derrière ces maladies, il y a des êtres humains.

S'il est aisé de transformer certains médicaments en *blockbusters* – pour atteindre un chiffre d'affaires annuel d'un milliard de dollars –, il est en revanche plus difficile de suggérer qu'une maladie est orpheline si elle ne l'est pas. Comparer ces maladies à des pathologies plus banales, c'est faire preuve d'une certaine légèreté.

M. Jean-Luc Prével. Il s'agit d'un sujet très sensible, mais les médicaments orphelins ont un but, celui de lutter contre les maladies orphelines, et nous devons aider les laboratoires de recherche à le faire.

Cela dit, dans la mesure où un accord a été obtenu entre le CEPS et l'industrie pharmaceutique, nous n'avons pas besoin d'un article de loi. Le plus simple est donc de supprimer l'article 20.

M. Claude Leteurtre. La recherche en matière de maladies orphelines est une spécificité de l'industrie pharmaceutique française. Les entreprises prennent un risque important en s'engageant dans cette voie. Il n'est pas scandaleux qu'elles espèrent des gains en retour.

M. Guy Lefrand. L'argument de Jean-Pierre Door ne tient pas. Puisqu'un avenant à l'accord-cadre a été signé entre les partenaires, laissons-les vivre et cessons de vouloir légiférer sur tout.

Prévoir une taxation dès lors que la recherche a abouti enverrait un signal très négatif aux chercheurs qui travaillent sur les nombreuses maladies rares pour lesquelles il n'y a pas encore de médicament.

M. Paul Jeanneteau. Que rapporterait cette taxe ?

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Les mots ont un sens : les médicaments orphelins sont des médicaments qui ont été découverts sans que soit connue leur destination thérapeutique, mais qui se sont avérés efficaces dans certaines maladies rares, que nous appelons aujourd'hui maladies orphelines.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. C'est un sujet sensible qu'il faut aborder de manière rationnelle. Les médicaments dits orphelins sont exonérés de différentes taxes – sur la promotion pharmaceutique, sur les ventes directes, sur la distribution des médicaments. Aujourd'hui, un certain nombre de ces médicaments prospèrent et génèrent de tels chiffres d'affaires que les dispositifs de soutien aux molécules destinées aux maladies orphelines ne sont peut-être plus justifiés.

Le 9 octobre dernier, l'industrie du médicament a signé un accord-cadre qui prévoit des négociations conventionnelles et met en place un système de remises. Il est clair que les laboratoires qui fabriquent des médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires est élevé consentent difficilement des remises annuelles – le

CEPS nous a d'ailleurs indiqué que faute d'un signe du Parlement, il lui sera difficile d'obtenir des remises annuelles.

Certes, le dispositif proposé ne me satisfait pas totalement, car les remises devraient être décidées au niveau des négociations conventionnelles. Dans les prochaines années, le rendement de la mesure devrait atteindre les 20 millions d'euros, mais je suis convaincu qu'une bonne négociation entre le CEPS et les fabricants permettrait d'obtenir le même résultat. Je suis donc défavorable aux amendements de suppression.

Notre débat n'est pas d'ordre compassionnel : c'est une affaire de gros sous. La France doit continuer à soutenir la recherche, par le biais du dispositif pérenne que nous avons mis en place en faveur des médicaments orphelins, mais également par le biais du crédit impôt recherche.

*La commission **adopte** les amendements AS 117 et AS 182.*

*En conséquence, l'article 20 est **supprimé**.*

*Les amendements AS 118 de M. Jean-Luc Prél, AS 183 de M. Guy Lefrand et AS 462 de M. Jean-Pierre Door deviennent **sans objet**.*

Article 21

(art. L. 134-1, L. 612-1 et L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime ; art. 61 de la loi du
30 décembre 2004 de finances pour 2005)

Suppression de la compensation généralisée d'assurance maladie

Le présent article met fin au dispositif de compensation généralisée entre régimes de sécurité sociale au titre de l'assurance maladie.

1. La compensation généralisée d'assurance maladie

Depuis la fin des années 1950, plusieurs compensations, principalement avec le régime général, ont été instaurées afin de faire jouer une solidarité financière entre régimes. La loi du 2 décembre 1974 a tenté de les unifier et de les organiser, mais les compensations bilatérales ont été maintenues pour l'assurance maladie, tandis que la généralisation a seulement permis d'inclure le régime général dans l'ensemble et d'étendre le champ aux régimes de non-salariés.

Trois types de compensations proprement dites, auxquelles les intégrations financières de régimes dans les comptes de la CNAMTS peuvent en outre être assimilées, sont successivement apparus et doivent donc aujourd'hui être distingués.

Il s'agit d'abord des *compensations bilatérales* : portant sur les charges de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature, elles ont été établies entre le régime général, d'une part, et des régimes spéciaux de salariés, d'autre part (SNCF, RATP, militaires, mines, gens de mer, Banque de France et clercs de notaire). Le calcul de la compensation s'effectue en appliquant à chacun des régimes concernés les règles du régime général en matière de cotisations et de prestations : si cette simulation fait apparaître un déficit, le régime général la compense ; dans le cas contraire, c'est le régime spécial qui effectue un versement au profit du régime général.

Il s'agit ensuite de la *compensation démographique généralisée* créée par la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoires (article L. 134-1 de la code de la sécurité sociale), entre les régimes obligatoires de base comportant un effectif minimum (fixé par l'article D. 134-9 du même code à 20 000 actifs cotisants et retraités titulaires de droits propres âgés d'au moins soixante-cinq ans), pour les charges de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature et de l'assurance vieillesse au titre des droits propres.

Il s'agit enfin de la *surcompensation entre les régimes spéciaux*, au titre des pensions de vieillesse, créée par la loi de finances pour 1986 afin de faire porter les déséquilibres de certains régimes sur ceux bénéficiant d'une démographie plus favorable.

Ainsi que l'indique le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier, tous types de compensation confondus, les flux financiers au titre de l'exercice 2010 atteignent 11,8 milliards d'euros : 1,9 milliard d'euros pour les compensations bilatérales, 1,3 milliard d'euros pour la compensation généralisée maladie, 7,9 milliards d'euros pour la compensation généralisée vieillesse et 800 millions d'euros pour la surcompensation. Si ces montants sont en baisse continue depuis 2008, leur part dans les recettes des deux branches concernées n'en demeure pas moins significative (3,4 %).

La diminution constatée s'explique par la dégradation de la conjoncture, ayant une incidence sur le nombre de cotisants et sur la masse salariale, par le recours à une nouvelle méthode de décompte de la population salariée par l'INSEE, se traduisant par une hausse du nombre des salariés, et par la création du statut de l'auto-entrepreneur, réduisant les recettes de compensation du RSI. Interviennent en outre, pour les compensations maladie, la montée en charge de la tarification à l'activité, la diminution des effectifs des fonctionnaires civils et l'affiliation au régime général des ressortissants du régime de la Banque de France.

Pour ce qui est de la compensation généralisée, sa finalité est de « *remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes* », étant toutefois précisé que

« tant que les capacités contributives de l'ensemble des non-salariés ne pourront être définies dans les mêmes conditions que celles des salariés, la compensation entre l'ensemble des régimes de salariés et les régimes de non-salariés aura uniquement pour objet de remédier aux déséquilibres démographiques ». Autrement dit, la compensation avec les régimes de non-salariés présente un caractère purement démographique.

Le calcul de la compensation pour le risque maladie confronte l'ensemble des régimes de salariés, d'une part, à chacun des régimes de salariés, d'autre part. Il s'effectue par référence à un régime fictif, sur la base d'une prestation de référence (la prestation la plus basse servie, à savoir celle du RSI maladie) et d'une cotisation moyenne permettant d'équilibrer le régime. Il n'est donc pas tenu compte de la capacité contributive moyenne des cotisants de chacun des régimes. Les règles de prestations et de cotisations de ce régime fictif sont ensuite appliquées à chacun des régimes : le résultat de ces calculs, déficit ou excédent, leur est soit versé, soit prélevé au profit de la compensation. Pour les régimes de salariés, les montants à recevoir ou à verser sont répartis au prorata des masses salariales. Le cas échéant, la compensation est opérée après application des compensations existantes. Après consultation d'une commission de compensation, des arrêtés interministériels fixent les soldes définitifs.

Preuve, s'il en était besoin, de ce que ces mécanismes sont d'une grande complexité, alors que les facteurs généraux se traduisent pas une évolution globalement décroissante des montants de compensation, les transferts de compensation généralisée maladie sont, quant à eux, en forte hausse en 2010 et en 2011. Le rapport présenté à la Commission des comptes explique cette tendance par la décroissance du nombre des bénéficiaires du régime des exploitants agricoles, plus rapide que celle des cotisants, et par la diminution de la prestation de référence de ce régime. Dans ces conditions, *« le bloc des salariés deviendrait bénéficiaire à compter de 2010 et le volume de transferts progresserait rapidement »*, ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

Flux de compensation généralisée maladie par régime

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011
Régime général	173,5	23,3	- 204,4	- 328,9
Salariés agricoles	5,4	0,7	- 6,5	- 10,4
Militaires	2,3	0,3	- 2,6	- 4,0
Mines	0,1	0,0	- 0,1	- 0,1
SNCF	1,6	0,2	- 1,8	- 2,9
RATP	0,5	0,1	- 0,6	- 0,9
Invalides de la marine	0,2	0,0	- 0,2	- 0,4
Clercs et employés de notaire	0,4	0,1	- 0,5	- 0,7
Total salariés	184	25	- 217	- 348
Exploitants agricoles	- 1 226,7	- 1 131,8	- 1 034,6	- 966,3
RSI	1 042,8	1 107,0	1 251,3	1 314,6
Total non-salariés	- 184	- 25	217	348

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2010)

2. La suppression de la compensation généralisée d'assurance maladie

En l'état actuel, la compensation généralisée d'assurance maladie est entièrement financée par le RSI, principalement au profit du régime des exploitants agricoles, mais désormais aussi du régime général et des autres régimes de salariés. En fait, compte tenu de la structure des comptes du RSI, équilibré par une part du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), la compensation généralisée revient aujourd'hui à affecter une part de la C3S aux autres régimes participant à cette compensation, quasi exclusivement à la branche maladie du régime des exploitants agricoles, elle-même financièrement intégrée au régime général depuis 2009.

En supprimant la compensation généralisée, le présent article entend donc simplifier les circuits de financement des régimes d'assurance maladie. Il rejoint ainsi les conclusions du dernier rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mettant en lumière les imprécisions dans le calcul des compensations et, surtout, appelant à une « mise à plat », afin de « simplifier et améliorer l'équité et la transparence dans les relations entre les régimes ».

Le **1° du I** supprime donc, à l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale, la référence aux charges de l'assurance maladie et maternité au titre des prestations en nature. La compensation généralisée ne portera donc désormais plus que sur les charges de l'assurance vieillesse au titre des droits propres. Le **2° du I** tire les conséquences de cette suppression sur les recettes de la branche maladie du RSI (article L. 612-1 du même code).

Par ailleurs, le présent article s'attache à assurer la neutralité de l'opération, en substituant aux transferts de compensation généralisée d'assurance maladie de nouveaux flux financiers entre les régimes. En lieu et place de la compensation, le **II** affecte ainsi une fraction de 30,89 % du produit de la C3S (soit 1,3 milliard d'euros en 2011) à la branche maladie du régime des exploitants agricoles (10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime), correspondant au montant de compensation que devait verser le RSI. Jusqu'alors le produit de cette contribution était prioritairement attribué aux différentes branches des régimes des indépendants (RSI maladie, RSI vieillesse artisans, RSI vieillesse commerçants et régime complémentaire des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics).

Le **a du 4° du I** dispose que la branche maladie du régime des exploitants agricoles est affectataire à titre prioritaire d'une fraction du produit de la C3S. Autrement dit, le déficit des régimes des indépendants n'est plus couvert qu'à hauteur de 61,11 % du produit de la C3S, soit 2,6 milliards d'euros en 2011.

Toutefois, l'affectation de plus de 1,3 milliard d'euros au seul régime des exploitants agricoles est excessive au regard du montant de compensation généralisée maladie qui devait lui être versé en 2011, à savoir 966 millions d'euros. Afin d'assurer la neutralité de l'opération, le **III** modifie donc, à compter de 2011 (**1°**), la répartition du produit des droits sur les tabacs (article 61 de la loi de finances pour 2005) : le **2°** réduit de 3,24 % la part attribuée à la branche maladie du régime des exploitants agricoles, soit 348 millions d'euros en 2011, tandis que le **3°** majore à due concurrence la part attribuée à la CNAMTS.

Cette double opération se contractant partiellement sur les comptes de la branche maladie du régime agricole peut paraître quelque peu complexe et même superflue : en théorie, il aurait en effet été concevable d'affecter simplement au régime agricole et au régime général la part respective de C3S provenant du RSI. Le Gouvernement a cependant préféré conserver le principe d'une affectation exclusive de la C3S à des régimes de non-salariés. Au demeurant, pour le régime des exploitants agricoles, il s'agit d'une recette qui devrait se révéler plus dynamique que les droits sur les tabacs.

Par ailleurs, s'agissant des régimes maladie autres que le régime général, le régime des exploitants agricoles et le RSI, certains d'entre eux sont équilibrés par le régime général, de telle sorte que les incidences financières de la suppression de la compensation généralisée maladie sont nulles par construction ; pour les régimes restants (SNCF, RATP et clercs de notaire), elles peuvent être considérées comme négligeables, puisqu'elles s'élèveraient au maximum, selon l'étude d'impact, à 0,3 % de leurs recettes.

Enfin, le présent article comprend deux adaptations de coordination et de conséquence :

– le **3° du I** supprime la désignation des bénéficiaires potentiels de la C3S, à savoir jusqu’alors le RSI, le FSV et le FRR (article L. 651-1 du code de la sécurité sociale) ;

– le **b du 4° du I** retire le FRR des bénéficiaires d’un éventuel reliquat de C3S, qui ne bénéficie donc désormais qu’au FSV, dans des conditions qui seront fixées, comme c’est le cas actuellement, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

*

La commission examine l’amendement AS 346 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l’équilibre général. Le présent amendement vise à mettre à jour les textes relatifs à la compensation bilatérale maladie.

La commission adopte l’amendement AS 346.

Puis elle adopte l’article 21 ainsi modifié.

Article 22

(art. 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d’assistance des clercs de notaires)

Instauration d’une cotisation sur les avantages de retraite servis par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires

L’article 22 du projet de loi vise à ajouter une cotisation supplémentaire aux cotisations servant à financer la Caisse de retraite et de prévoyance des employés et clercs de notaires (CRPCEN). Cette mesure figure déjà dans le projet de loi de modernisation des professions judiciaires et juridiques réglementées. Cependant, au vu de la poursuite de la dégradation des comptes de la CRPCEN, une adoption urgente semble nécessaire dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

1. Un régime spécial avec son fonctionnement et ses ressources propres

Les clercs et employés de notaire bénéficient d’un régime spécial pour des raisons historiques. En effet, le régime spécial des employés et clercs de notaires a été créé par la loi du 12 juillet 1937 et la Caisse a, elle, été instituée en 1939.

Si la CRPCEN n’est pas la seule caisse spéciale de sécurité sociale, l’organisation et le fonctionnement des régimes spéciaux diffèrent grandement selon les régimes. La CRPCEN prend, quant à elle, en charge les deux branches,

maladie et vieillesse. En effet, elle couvre les risques de maladie, maternité, invalidité, décès et vieillesse.

a) *Le fonctionnement de la caisse*

Pour ce qui est de son statut, la caisse possède la personnalité juridique et est autonome financièrement. Son fonctionnement a été modifié par le décret de 2009.

Elle est administrée par un conseil d'administration de dix-sept membres comprenant : un président choisi parmi les magistrats de l'ordre judiciaire ou parmi les membres d'un corps recruté par la voie de l'ENA, huit membres représentant les notaires et huit membres représentant les assurés, dont six représentant les assurés en activité et deux les pensionnés. Le mandat des administrateurs et du président est de cinq ans renouvelable.

Le conseil d'administration approuve les budgets ainsi que les comptes annuels du régime sur proposition du directeur, détermine les orientations de la convention d'objectifs, rend un avis motivé sur les projets de loi et décret dont il est saisi relatifs au domaine d'intervention de la caisse. Il nomme le directeur et l'agent comptable sur une liste d'aptitude établie annuellement.

Le directeur, quant à lui, met en œuvre les orientations décidées par le conseil d'administration. Pour cela, entre autres, il prend les décisions relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse, à sa gestion administrative, financière et immobilière. En outre, il arrête les comptes annuels du régime et il représente la caisse en justice.

Bénéficiaire de la CRPCEN, les clercs et employés des études notariales, des chambres de notaires, des caisses de garantie, de la caisse elle-même, et des organismes professionnels assimilés, par arrêté du Garde des sceaux et du ministre du travail et de la sécurité sociale, après avis du Conseil supérieur du notariat siégeant en comité mixte. Les bénéficiaires de la CRPCEN doivent exercer leur fonction à titre principal. L'affiliation à la caisse est obligatoire pour tous les clercs et employés dès leur entrée en fonction. De même que tout notaire, office notarial ou organisme assimilé est obligatoirement immatriculé à la CRPCEN. Celle-ci compte aujourd'hui 153 995 affiliés (actifs et retraités) et ayant droits.

Données générales

Effectifs au 1^{er} juillet et montants en millions d'euros

	2007	2008	%	2009	%	2010	%	2011	%
Bénéficiaires Maladie et AT	116 153	116 237	1,8	114 598	- 3,1	113 478	- 1,0	114 071	0,5
Assurés cotisants – maladie et AT	74 924	76 246	1,8	73 702	- 3,3	73 167	- 0,7	73 348	0,2
<i>Des actifs</i>	48 321	48 418	0,2	44 995	- 7,1	43 409	- 2,4	43 748	- 0,4
<i>Des retraités</i>	26 603	27 828	4,6	28 707	3,2	29 256	1,9	29 600	1,2
Ayants droit – maladie et AT	41 229	41 991	1,8	40 896	- 2,6	40 311	- 1,4	40 723	1,0
<i>Des actifs</i>	37 999	38 541	1,4	37 506	- 2,7	37 030	- 1,3	37 380	0,9
<i>Des retraités</i>	3 230	3 450	6,8	3 390	- 1,7	3 281	- 3,2	3 343	1,9
Cotisants vieillesse	48 321	48 418	0,2	44 994	- 7,1	43 908	- 2,4	43 748	- 0,4
Bénéficiaires vieillesse	55 910	56 526	4,7	61 062	4,3	63 033	3,2	64 561	2,4
<i>Vieillesse droit direct</i>	48 219	50 654	5,0	53 064	4,8	54 892	3,4	56 235	2,4
<i>Vieillesse droit dérivé</i>	7 691	7 872	2,4	7 998	1,6	8 141	1,8	8 326	2,3
Bénéficiaires invalidité	875	801	- 8,5	792	- 1,1	713	- 10,0	716	0,4
<i>Invalidité droit direct</i>	875	801	- 8,5	791	- 1,1	713	- 10,0	716	0,4
<i>Invalidité droit dérivé</i>	0	0	-	0	-	0	-	0	-

Source : Direction de la sécurité sociale (SDEPF/6A)

b) L'alignement sur le régime des fonctionnaires en 2008

Le régime spécial de retraite des clercs et employés de notaire a été réformé en 2008, dans le sens d'une harmonisation avec celui de la fonction publique d'État. Cette réforme a été mise en œuvre par le biais de deux décrets successifs : le décret n° 2008-147 du 15 février 2008 et par le décret n° 2008-820 du 21 août 2008.

Ainsi, la durée d'assurance est portée progressivement de 150 à 160 trimestres au rythme d'un trimestre supplémentaire tous les six mois à partir du 1^{er} juillet 2008. L'âge d'ouverture des droits, qui était de 55 ans pour les femmes et de 60 ans pour les hommes, est ramené à 55 ans pour tous les assurés, et augmente progressivement d'un semestre tous les 6 mois pour atteindre 60 ans d'ici 2013. Un système de décote et de surcote a été mis en place, montant en charge de manière progressive.

D'autres mesures ont été adoptées : suppression de la clause de stage de 15 ans, extension aux pères de la possibilité de départ anticipé des mères de trois enfants, possibilité de rachat des années d'études, et abaissement de l'âge d'ouverture du droit à pension pour les salariés handicapés.

2. La nécessité de remédier à une situation financière déficitaire

a) La structure financière de la caisse

– Ressources

La caisse tire ses ressources de différentes cotisations.

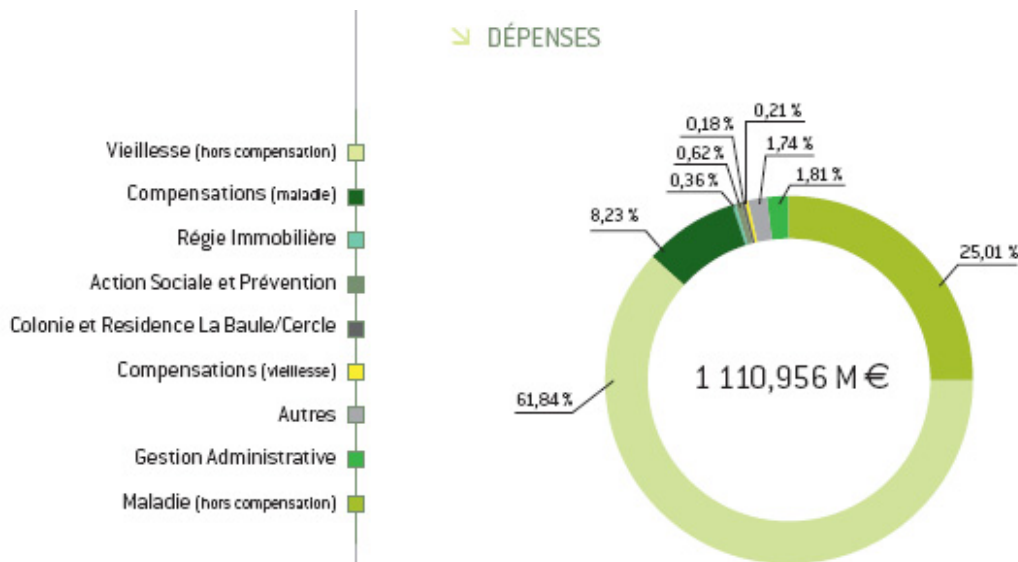
Tout d'abord, deux cotisations sont prélevées sur les salaires, gratifications et avantages de toute nature des clercs et employés, une cotisation patronale et une cotisation salariale. Ensuite, tous les notaires en exercice paient une cotisation sur l'ensemble de leurs émoluments et honoraires. La cotisation patronale est retenue par les notaires et autres organismes et reversée à la caisse en même temps que la cotisation sur les émoluments et honoraires des notaires.

Le taux de ces différentes cotisations est fixé par un décret du 28 juin 1991. Le taux de cotisation patronale sur les salaires est de 25,2 % et de 12,23 % pour les salariés; le taux de la cotisation des notaires sur leurs émoluments s'élève lui à 4 %. Ces taux ont été modifiés par un décret du 30 décembre 2009.

La répartition des cotisations entre les différents risques est définie annuellement par arrêté. En 2010, la répartition des cotisations assises sur les salaires est de 36,29 % pour la branche maladie et 63,71 % pour la branche vieillesse et la répartition des cotisations assises sur les émoluments et honoraires des notaires est de 30 % pour la branche maladie et 70 % pour la branche vieillesse.

– Dépenses

La branche vieillesse constitue le premier poste de dépenses, 686 millions d'euros en 2009, puis la branche maladie représente une dépense de 257 millions d'euros en 2009, l'action sanitaire et sociale, 7,5 millions d'euros en 2009, et la prévention, 295 millions d'euros.



Source : Rapport d'activité pour 2009 de la CRPCEN

– Une situation financière déficitaire

Le dernier résultat bénéficiaire de la CRPCEN remonte à 2005 avec un résultat net de 25,6 millions d'euros. Depuis, la situation de la caisse se dégrade. Ainsi, en 2006, elle présentait un déficit de 34,4 millions d'euros. En 2007, la situation s'est améliorée avec 28,1 millions d'euros de déficit. Depuis, le déficit n'a

cessé d'augmenter, de 131,1 millions d'euros en 2008 à 182,1 millions d'euros en 2009. Les prévisions sont de 79,2 millions d'euros en 2010, pour redescendre à 108,2 millions d'euros en 2011.

CRPCEN – Ensemble des risques

	En millions d'euros						
	2008	2009	%	2010 (p)	%	2011 (p)	%
CHARGES	1 062,0	1 105,6	4,1	1 080,0	-2,3	1 085,1	0,5
A - CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	1 041,7	1 085,4	4,2	1 058,1	-2,5	1 062,5	0,4
I - PRESTATIONS SOCIALES	903,6	948,8	5,0	984,7	3,8	1 005,0	2,1
Prestations légales	895,5	940,7	5,0	973,4	3,5	992,8	2,0
Prestations légales « maladie » et « maternité »	232,2	245,3	5,7	263,1	3,2	258,5	2,1
Prestations légales « invalidité » et « décès »	10,2	9,7	-4,9	9,7	0,9	9,9	1,5
Prestations légales « vieillesse »	653,2	685,7	5,0	710,5	3,6	724,4	2,0
Prestations extralégales	7,7	7,3	-5,2	10,6	44,3	11,4	7,8
Autres prestations	0,4	0,7	++	0,8	15,4	0,9	8,1
II - CHARGES TECHNIQUES	75,5	96,3	27,8	49,6	-48,5	33,2	-33,1
Transferts entre organismes	74,5	94,9	27,3	48,1	-49,2	31,7	-34,1
Autres charges techniques	0,9	1,4	49,5	1,4	1,3	1,4	1,5
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	1,2	1,8	++	1,9	1,4	1,9	1,5
IV. DOTATIONS AUX PROVISIONS	19,0	21,1	11,2	21,9	4,0	22,4	2,2
Pour prestations sociales	18,9	21,0	11,6	21,9	4,0	22,4	2,2
Pour dépréciation des actifs circulants	0,0	0,0	--	0,0	-	0,0	-
Pour autres charges techniques	0,1	0,0	--	0,0	1,2	0,0	1,5
V - CHARGES FINANCIÈRES	42,5	17,5	--	0,0	--	0,0	1,5
B - CHARGES DE GESTION COURANTE	20,3	20,1	-0,8	21,8	8,6	22,5	3,2
Charges de personnel	11,7	11,7	-0,1	14,3	22,2	14,8	3,2
Autres charges de gestion courante	8,5	8,4	-1,8	7,5	-10,5	7,7	3,2
C - CHARGES EXCEPTIONNELLES	0,0	0,1	++	0,1	-10,4	0,1	3,2
PRODUITS	930,9	923,5	-0,8	1 000,8	8,4	976,9	-2,4
A - PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	923,9	917,6	-0,7	995,8	8,5	972,0	-2,4
I - COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS	873,4	813,2	-8,9	889,95	9,4	899,8	1,1
Cotisations sociales	712,8	656,6	-7,9	727,8	10,8	735,4	1,0
Cotisations sur les salaires	477,2	448,6	-6,0	498,9	11,2	503,9	1,0
Cotisations patronales	320,9	301,0	-6,2	334,9	11,2	338,2	1,0
Cotisations salariales	156,2	147,5	-5,6	164,1	11,2	165,7	1,0
Cotisations sur les émoluments des notaires	235,5	207,9	-11,7	228,7	10,0	231,2	1,1
Autres cotisations et majorations	0,1	0,2	++	0,2	11,2	0,2	1,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	6,4	2,7	--	0,3	--	0,3	5,1
CSG, impôts et taxes affectés	164,2	153,9	-0,2	161,8	5,2	164,1	1,4
CSG	116,9	121,7	4,1	128,3	5,4	130,1	1,4
ITAF compensant les allègements généraux	25,8	24,1	-8,7	25,6	6,4	26,0	1,6
ITAF compensant les heures supplémentaires	11,5	8,1	-29,7	7,9	-1,9	7,9	0,0
II - PRODUITS TECHNIQUES	29,3	29,4	0,3	82,6	++	48,3	-41,6
Tranferts entre organismes	29,2	29,3	0,4	82,6	++	48,3	-41,6
Contributions publiques	0,0	0,0	-	0,0	1,2	0,0	1,5
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	0,5	1,4	++	1,4	1,2	1,4	1,5
IV. REPRISES SUR PROVISIONS	16,8	19,1	13,7	21,0	9,8	21,9	4,5
Pour prestations sociales	16,8	18,9	12,7	21,0	11,3	21,9	4,1
Pour dépréciation des actifs circulants	0,0	0,2	++	0,0	--	0,0	-
Pour autres charges techniques	0,1	0,1	25,2	0,0	--	0,0	--
V - PRODUITS FINANCIERS	3,9	54,5	++	0,9	--	0,8	-37,0
B - PRODUITS DE GESTION COURANTE	8,5	5,8	-14,5	4,8	-14,5	4,7	-1,9
C - PRODUITS EXCEPTIONNELS	0,5	0,2	--	0,2	-10,5	0,2	3,2
Résultat net	-131,1	-182,1	-	-79,2	+	-108,2	-

source : Direction de la Sécurité sociale (SDEPF/6A)

b) Les causes de ce déficit

Un tel déficit est dû à la conjonction de deux éléments : l'augmentation continue des dépenses de vieillesse (+ 5 %), d'une part, et la crise économique et l'absence de reprise du marché économique, d'autre part.

En premier lieu, la CRPCEN doit faire face, comme tous les régimes de retraite, à l'évolution démographique qui génère un déficit d'ordre technique. En effet, le nombre croissant de retraités et la stagnation du nombre d'actifs ont contribué à déséquilibrer la démographie du régime. Jusqu'en 2006, la CRPCEN

connaissait une croissance régulière du nombre de ses cotisants, de l'ordre de 3 % par an et une augmentation similaire du nombre de retraités. La branche vieillesse est devenue déficitaire en 2007, alors que la branche maladie revenait à l'équilibre. En effet, la branche vieillesse était excédentaire en 2006 de 12,4 millions d'euros pour afficher un déficit de 22,7 millions d'euros en 2007.

Évolution des dépenses de la branche vieillesse

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	Évolution 2009/2008
Prestations vieillesse	607,067	623,179	685,762	4,99 % ↗
→ Droits propres	553,927	598,171	629,113	5,17 % ↗
→ Droits dérivés	53,140	55,008	56,649	2,98 % ↗
Autres charges	0,449	0,472	0,490	3,81 % ↗
Divers	0,007	- 0,179	- ,057	- 8,16 % ↘
Total général	607,523	653,472	686,195	5,01 % ↗

Source : Rapport d'activité pour 2009 de la CRPCEN.

En second lieu, en 2008, la crise financière de l'été puis la crise immobilière ont accéléré la dégradation des comptes. La branche vieillesse a vu son déficit augmenter fortement en 2008 : 126,3 millions d'euros, tandis que la branche maladie enregistrait un léger déficit. Cette augmentation du déficit s'explique par la forte baisse des ressources de la caisse. En effet, la crise a entraîné une baisse combinée de ses deux sources de revenus.

D'une part, une baisse des cotisations sur les émoluments et honoraires des notaires. En effet, jusqu'en 2008 la caisse a bénéficié de la forte croissance du revenu des notaires. Cependant, en 2009, le notariat a connu un fort ralentissement de son activité liée à la crise du secteur immobilier qui représente 67 % de son chiffre d'affaires. Sur l'année 2009 les émoluments et honoraires déclarés ont reculé de 11,69 %, pour s'établir à 5,2 millions d'euros.

D'autre part, la masse salariale, qui représente la principale source de recettes pour le régime, s'est significativement réduite du fait de la crise qui a engendré une réduction des effectifs, le recours au temps partiel, la diminution des heures supplémentaires...

Évolution des masses de cotisations

(en millions d'euros)

	2007	2008	2009	Évolution 2009/2008
Cotisations sur salaires	490 311	477 995	447 111	- 6,46 % ↘
Cotisations sur émoluments et honoraires	250 120	235 519	207 972	- 11,74 % ↘
Cotisations prises en charges par l'État	32 721	41 807	34 970	- 16,59 % ↘
Contribution sociale généralisée	96 486	116 980	121 727	4,15 % ↗
Total général	859 638	982 201	811 579	- 6,95 % ↘

Source : Rapport d'activité pour 2009 de la CRPCEN.

c) Une réaction nécessaire

Face à cette situation déficitaire, une réaction s'imposait. Le conseil d'administration a réuni deux fois, les 27 janvier et 12 mai 2009, un groupe de travail sur l'avenir du régime ayant pour mission d'étudier toutes les solutions permettant de garantir l'équilibre financier de la caisse et d'améliorer sa situation.

En outre, les ministres du budget et du travail ont saisi le conseil d'administration, par courrier le 1^{er} octobre 2009, afin qu'il propose des mesures de redressement. Ces mesures de redressement devaient être proposées en deux temps : un plan d'urgence dégageant 80 millions d'euros par an dès 2010, dans un premier temps, et des mesures à plus long terme, dans un second temps, pour garantir la pérennité du régime.

Le conseil, réuni en décembre 2009, a adopté quatre mesures : l'augmentation des cotisations salariales et patronales, le plafonnement de la compensation bilatérale maladie qui pourrait permettre d'économiser 12 à 15 millions d'euros par an, la réalisation d'économies sur le budget de la caisse dès 2010 et la création d'une cotisation pour les retraités couverts par le régime.

S'agissant de l'augmentation des cotisations, celle-ci a été mise en œuvre par un décret du 30 décembre 2009. Ainsi, les cotisations avant le 1^{er} janvier 2010 s'élevaient-elles à 10,60 % pour les salariés et 23,05 % pour les employeurs pour s'élever maintenant respectivement à 12,23 % et 25,20 %. Cette hausse des cotisations devait permettre de dégager environ 60 millions d'euros de recettes supplémentaires.

3. La proposition de la création d'une nouvelle cotisation

Pour ce qui est de la création d'une nouvelle cotisation, une modification législative est nécessaire, c'est ce que propose l'article 22 du présent projet de loi qui modifie l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 énumérant les cotisations que reçoit la CRPCEN, en ajoutant une « *cotisation obligatoire assise sur les avantages de retraite servis par la CRPCEN* ». Le taux de cette cotisation doit être fixé par décret.

En premier lieu, cette nouvelle cotisation serait assise sur les retraites servies par la CRPCEN. Cependant, seraient exclues de l'assiette, les retraites servies à des gens relevant d'un autre régime d'assurance maladie que celui de la caisse. Cette exclusion a été souhaitée par le conseil d'administration de la caisse : elle s'explique par la volonté d'éviter que les personnes bénéficiant d'un autre régime d'assurance maladie et y contribuant ne se trouvent soumises à une double cotisation. Une telle disposition exclurait de l'assiette 13 % des retraites servies. En outre, seraient exonérés de cotisation les retraités qui sont exonérés de CSG et de CRDS en application de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les pensions de retraite les plus faibles. Cette exonération n'est pas prévue dans le projet de loi de modernisation des professions judiciaires et juridiques réglementées adopté à l'Assemblée nationale le 30 juin 2010.

En second lieu, il est prévu que le taux soit fixé par décret. Cependant, le conseil d'administration de la CRPCEN a exprimé son souhait d'un taux de 1 % lors de son vote du 18 décembre 2009.

Ce choix d'un taux de 1 % s'explique de deux manières : d'une part, le régime des retraites de la CRPCEN en Alsace-Moselle inclut déjà une telle disposition et, d'autre part, la volonté d'alignement sur le régime général dans une optique « *d'équité avec les assurés du régime général* ». En effet, sauf exonération liée au revenu, il est prélevé sur les retraites complémentaires, une cotisation d'assurance maladie de 1 % dans le cas général, la CSG au taux de 6 % et la CRDS au taux de 0,50 %. La proposition permettrait donc un alignement des cotisations sur les pensions de retraites. En effet, la retraite versée par la caisse est déjà soumise à la CSG et à la CRDS, dans la même mesure que celle du régime général. Cet alignement est d'autant plus souhaitable que le régime maladie de la CRPCEN est plus favorable que le régime général (le ticket modérateur sur les prestations en nature est inférieur de 10 à 20 points environ).

La mise en place de cette nouvelle cotisation a pour but de participer à l'effort de redressement de la caisse. En effet, elle permettrait un financement complémentaire de plus de 5 millions d'euros par an. Il s'agit donc bien ici d'atteindre l'objectif de dégager 80 millions d'euros par an de recettes nouvelles dès 2010. Cependant, ce montant semble bien faible face au déficit de 182,1 millions d'euros pour 2009 et au déficit structurel de la caisse. Même si l'augmentation des cotisations déjà mise en place devrait rapporter environ

60 millions d'euros, une mesure plus structurelle serait nécessaire au vu des prévisions de déficit de la caisse pour 2010 et 2011.

*

La commission adopte l'article 22 sans modification.

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 ».

Depuis 2005, l'exhaustivité et les fonctions de l'annexe 5 ont été accrues.

D'une part, depuis le projet de loi de financement pour 2009, au-delà des seuls allègements généraux et exonérations ciblées, cette annexe comprend une présentation et une évaluation financière des dispositifs affectant l'assiette des cotisations sociales, afin de chiffrer les pertes de recettes pour l'État et la sécurité sociale résultant de ces dispositifs. Elle offre ainsi une vision de l'ensemble des recettes dont sont ainsi privés les organismes sociaux, répertoriant cette année 69 mesures en application ou en voie d'extinction, pour un coût total de 40 milliards d'euros.

D'autre part, depuis le projet de loi de financement pour 2010, l'annexe 5 est le vecteur des objectifs de la programmation pluriannuelle des finances publiques telle que fixée, en application des nouvelles dispositions de l'article 34 de la Constitution, par la loi n° 2009-135 du 9 février 2009 de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012. Les apports de la loi de programmation peuvent se mesurer sur quatre points.

• Le 2° du I de l'article 11 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 sont compensées par des suppressions ou diminutions de mesures similaires pour un montant équivalent. L'annexe 5 comprend donc désormais ce qu'elle nomme elle-même un « compteur de gages », récapitulant et évaluant, pour les exercices 2009 à 2012, l'ensemble des mesures de création, de modification ou de suppression d'exonérations ou exemptions adoptées en loi de finances et en loi de financement – en distinguant entre mesures proposées par le Gouvernement et initiatives parlementaires – mais aussi dans les autres lois.

Selon les calculs présentés dans l'annexe 5, l'objectif de stabilisation a été atteint et même dépassé au cours de chaque exercice : les créations ou extensions seraient inférieures aux suppressions ou réductions aussi bien en 2009 (à hauteur de 343 millions d'euros) qu'en 2010 (572 millions d'euros). En 2011 et 2012, l'incidence des mesures précédemment adoptées aurait permis de porter ces gains nets à respectivement 647 millions d'euros et 766 millions d'euros, mais les mesures du projet de loi de finances pour 2011 et du présent projet de loi permettent d'accroître considérablement l'effort de réduction du coût de ces dispositifs, puisque les chiffres s'élèveraient respectivement à 4,2 milliards d'euros et 4,7 milliards d'euros.

Autrement dit, le mouvement apparemment inexorable de progression des exonérations n'est pas seulement arrêté, mais il est désormais nettement inversé.

Dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes estime, quant à elle, que le solde des exercices 2007 à 2010 est négatif : elle recense en effet 3,1 milliards d'euros de suppressions ou réductions, mais 4,1 milliards d'euros de créations ou extensions. Il est vrai que ce dernier chiffre résulte, pour l'essentiel, de l'instauration, en 2007, de l'exonération des heures supplémentaires (3 milliards d'euros). Dès lors, pour les seuls exercices 2009 et 2010, le bilan est beaucoup plus favorable : 478 millions d'euros de créations ou extensions contre 1,5 milliard d'euros de suppressions ou réductions, soit un gain même supérieur à celui estimé par l'annexe 5 (934 millions d'euros).

L'article 9 du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, en cours d'examen au Parlement, prévoit que les mesures nouvelles afférentes aux prélèvements obligatoires devront avoir un impact cumulé positif sur les ressources de l'ensemble des administrations. À ce stade de la discussion, notre Assemblée a toutefois souhaité compléter cette approche globale par une exigence de stabilisation à périmètre constant du coût des réductions, exonérations ou abattements d'assiette s'appliquant aux cotisations et contributions de sécurité sociale et par une limitation de leurs effets aux quatre années suivant leur entrée en vigueur.

• Par ailleurs, le I de l'article 12 de la loi de programmation pour les années 2009 à 2012 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 présente au Parlement l'objectif annuel de coût des 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.

L'annexe 5 au projet de loi de financement pour 2009 avait anticipé cette exigence et comprenait donc, pour la première fois, un objectif annuel indicatif, fixé pour l'ensemble des exonérations à hauteur de 42 milliards d'euros. En 2010, l'objectif était fixé à 40,6 milliards d'euros. L'annexe 5 au présent projet de loi le révisé à la hausse (41 milliards d'euros), en raison de « *la politique de soutien de l'emploi menée par le Gouvernement* », et fixe un objectif sensiblement inférieur pour 2011, soit 40 milliards d'euros.

Mesures d'exonération de cotisations et de contributions (2008-2011)

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011
Allègements généraux	25,7	25,4	25	24,4
Exonérations ciblées compensées	4,2	4,1	4	3,4
Total des exonérations compensées	29,9	29,5	29	27,8
Exonérations ciblées non compensées	2,8	2,9	3,1	3,2
Total des allègements et exonérations	32,7	32,3	32,1	31
Niches sociales	9,1	8,8	8,9	9
Total des pertes de recettes	41,7	41,1	41,0	40

Sources : PLFSS 2010 et 2011

Parmi les allègements et exonérations, la part des exonérations compensées demeure largement prépondérante, compte tenu de ce que les allègements, eux-mêmes prépondérants au sein de cet ensemble, sont intégralement compensés. La diminution du montant des allègements depuis 2009 explique donc l'essentiel de la baisse de la proportion des exonérations compensées :

Allègements et exonérations (2006-2011)

(en %)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Compensés	89,6	89,4	91,4	91,3	90,3	89,7
Non compensés	10,4	10,6	8,6	8,7	9,7	10,3

Sources : PLFSS 2008, 2009, 2010 et 2011

• Le II de l'article 12 prévoit qu'en présentant l'objectif de coût des mesures d'exonération et d'abattement d'assiette, le Gouvernement établit en même temps 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.

L'annexe 5 répond à cette exigence, en faisant apparaître, depuis le 26 septembre 2008, quatre mesures créées, onze mesures modifiées (cinq en économies et six en dépenses), une mesure supprimée et neuf mesures à venir (quatre en économies et cinq suppressions).

- Enfin, le III de l'article 12 demande au Gouvernement de présenter au Parlement, dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de toute mesure de réduction, d'exonération ou d'abattement, une évaluation de son efficacité et de son coût. À cette fin, l'annexe 5 indique, pour chacune des fiches relatives aux exonérations ou exemptions d'assiette, les évaluations auxquelles ont donné lieu la mesure ainsi que celles qui sont prévues en cours, y compris, le cas échéant, au titre d'autres dispositions. En revanche, la future loi de programmation renonce à l'obligation d'une évaluation au 30 juin 2011 de l'ensemble des mesures déjà en vigueur, à laquelle le Gouvernement, dans le rapport annexé à cette future loi, réaffirme cependant son intention de se prêter.

*

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 même code, inscrites dans les différents programmes du projet de loi de finances.

Mais le présent article n'en fournit pas moins l'occasion d'un examen d'ensemble des exonérations et de leur compensation. Après la forte progression des montants exonérés constatée au cours de ces dernières années, le recul constaté en 2009 et 2010 se poursuivra en 2011, essentiellement en raison de la diminution des allègements généraux.

1. Les allègements généraux

Ces allègements, qui constituent toujours la part la plus importante au sein de l'ensemble des mesures d'exonérations (plus des trois quarts), recouvrent plusieurs dispositifs d'importance très inégale :

- la réduction générale de cotisations patronales dite « Fillon », pour l'essentiel (21,2 milliards d'euros en 2011) ;

– l'exonération des heures supplémentaires et complémentaires résultant de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat dite « TEPA » (3,2 milliards d'euros en 2011) ;

– 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 (27 millions d'euros en 2011).

Pour mémoire, 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 (73 millions d'euros).

Allègements généraux (2008-2011)

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011
Réduction générale (« Fillon »)	22 608	22 229	21 845	21 180
Exonération des heures supplémentaires	2 954	3 065	3 127	3 228
Rachat des jours de congés	73	-	-	-
Exonération d'allocations familiales	26	25	26	27
Total des allègements généraux	25 661	25 319	24 998	24 435

Sources : PLFSS 2010 et 2011

En 2009 et 2010, les montants consacrés aux allègements généraux ont quelque peu reculé, sous l'effet de la crise économique. En 2011, la diminution s'explique en revanche par l'annualisation de la réduction générale de cotisations sociales (article 12 du présent projet de loi), sans laquelle le coût de cette réduction générale aurait progressé de 1,5 %. Le dynamisme de l'exonération des heures supplémentaires (+ 3 % en 2011) mérite en revanche d'être relevé.

Pour la *réduction générale de cotisations patronales*, cette baisse des montants permet au « panier fiscal » de recettes destiné à compenser les pertes de recettes pour la sécurité sociale de dégager des excédents croissants ; celui destiné à compenser l'exonération des heures supplémentaires a en revanche évolué de manière moins dynamique, principalement en raison de la baisse du produit de la contribution sociale sur les bénéfices des sociétés.

En 2006, lors de l'instauration du panier fiscal destiné à compenser la « réduction 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, de même qu'en 2008 (55 millions d'euros) et en 2009 (370 millions d'euros), la différence étant répartie entre les différents régimes et caisses au prorata de leurs allègements.

Cette tendance se confirmerait aussi bien en 2010 (un peu plus de 1,6 milliard d'euros) qu'en 2011 (près de 1,3 milliard d'euros).

Présentant le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 à votre commission des affaires sociales le 13 octobre dernier, le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État a indiqué qu'au titre de 2010, le Gouvernement entend *« mobiliser cette marge de manœuvre, totalement ou partiellement, pour financer la dynamique plus forte que prévue de certains dispositifs en 2010, notamment dans le domaine de la politique de l'emploi. La logique est simple : d'une part, l'impact de la crise sur le marché de l'emploi a conduit à réévaluer à la baisse le coût des allègements de charges sociales ; de l'autre, pour lutter contre la crise, l'État a dépensé davantage pour soutenir l'emploi, par le biais de mesures exceptionnelles. Il est donc normal, en fin d'année 2010, de rétablir l'équilibre financier entre ces deux volets de la politique de l'emploi financés par l'État. »*

Le ministre a en outre indiqué qu'à compter de 2011, la question de l'excédent du panier fiscal, évalué à 1,8 milliard d'euros en 2012, 1,55 milliard d'euros en 2013 et 1,3 milliard d'euros en 2014, ne se poserait plus, car le Gouvernement a *« décidé d'affecter définitivement au régime général, à compter de 2011, l'excédent du panier de recettes compensant les allègements généraux de cotisations sociales. Les recettes de ce panier, créé en 2006, deviendront donc, de fait, des recettes définitivement acquises à la sécurité sociale. »*

L'évolution du panier fiscal compensant l'exonération des heures supplémentaires a été plus irrégulière. En 2008, l'excédent a permis d'affecter 753 millions d'euros au remboursement des dettes de l'État à l'égard des régimes autres que le régime général et les régimes agricoles, opération à l'issue de laquelle est demeuré un solde positif de 35 millions d'euros. En 2009, malgré l'affectation d'une fraction supplémentaire de droits de consommation sur les tabacs, la compensation s'est révélée insuffisante, à hauteur de 47 millions d'euros. En application du IV de l'article 53 de la loi de finances pour 2008, un produit à recevoir de 12 millions d'euros était donc constaté au profit des organismes de sécurité sociale concernés sur le produit de la contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés perçu par ces organismes au cours de l'exercice ou de l'exercice suivant.

En 2010, le panier fiscal devrait rapporter 3 milliards d'euros alors que le coût des exonérations dépasse 3,1 milliards d'euros, soit une insuffisance de financement de 200 millions d'euros. En 2011, le rendement du panier dépasserait 3,2 milliards d'euros, réduisant cette insuffisance à 80 millions d'euros.

« Paniers fiscaux » affectés aux allègements généraux (2008-2011)

(en millions d'euros)

	2008	2009	2010	2011	
Réduction « Fillon »	Taxe sur les salaires	10 973	11 119	11 487	10 088
	Droit de consommation sur les alcools	2 003	—	—	—
	Droit sur les bières et les boissons non alcoolisées	376	—	—	—
	Droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels	114	—	—	—
	Droit de consommation sur les produits intermédiaires	107	—	—	—
	Taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire	682	704	715	731
	Taxe sur les primes d'assurance automobile	947	951	969	1 001
	TVA brute collectée par les commerçants de gros en produits pharmaceutiques	3 199	3 281	3 345	3 442
	TVA brute collectée par les fournisseurs de tabacs	3 051	3 101	3 237	3 391
	Droit de consommation sur les tabacs	982	3 163	3 432	3 531
	Droit de licence sur la rémunération des débitants de tabacs	256	306	296	300
	Total réduction « Fillon »	22 689	22 624	23 480	22 484
	Heures supplémentaires	Contribution sociale sur l'impôt sur les sociétés	943	553	918
TVA brute collectée par les producteurs de boissons alcoolisées		2 122	2 069	2 075	2 083
Droit de consommation sur les tabacs		—	396	134	140
Total heures supplémentaires		3 065	3 018	3 127	3 228
Total allègements généraux	25 754	25 642	26 607	25 712	

Sources : PLFSS 2010 et 2011

2. Les exonérations ciblées compensées

En 2007, la loi de financement avait approuvé un montant de compensation de 2,9 milliards d'euros, très inférieur au coût effectif des exonérations ciblées pour 2007 (plus de 4,1 milliards d'euros). De même, l'article 28 de la loi de financement pour 2008 avait approuvé un montant de 3,2 milliards d'euros de compensation par le budget de l'État, alors que le coût effectif des exonérations a finalement approché 4,3 milliards d'euros.

En 2009, cet écart entre prévision et exécution s'est réduit : le montant approuvé par l'article 27 de la loi de financement était d'un peu moins de 3,5 milliards d'euros et le coût effectif s'est établi à plus de 4 milliards d'euros, soit une différence de 585 millions d'euros. En exécution, la différence entre crédits budgétaires et coût des exonérations se réduit même à 220 millions d'euros.

Le tableau ci-dessous permet d'identifier les causes de ce décalage :

Compensation des exonérations ciblées (2009)

(en millions d'euros)

	Crédits PLF	Exécution	Coût
Structures d'aide sociale et entreprises d'insertion	11,6	11,7	11
Contrat de retour à l'emploi (métropole)	3,1	2,9	1
Contrat initiative emploi	20,1	22	22
Contrat d'apprentissage	880,0	878	966
Contrat de professionnalisation	78,5	158,8	177
Parcours d'accès aux carrières de la fonction publiques	2,5	2,4	2
Aide à domicile employé auprès d'une personne non fragile	162,6	225,7	235
Abattement pour les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle	262,7	286,5	288
Création d'emplois en zones de revitalisation rurale (ZRR)	69,5	67,7	35
Organismes d'intérêt général et associations en ZRR	158,0	186,8	221
Bassins d'emploi à redynamiser	4,1	5,6	6
Avantages en nature repas secteur hôtels-cafés-restaurants	150,0	158,4	162
Régime micro social	148,0	161,2	161
Salarié créateur ou repreneur d'entreprise	11,0	10,7	11
Indemnités de rupture dans le cadre d'un accord de GPEC	2,0	2,0	2
Correspondants locaux de la presse	0,1	–	0,05
Zone franche de Corse	0,1	0,1	–
Jeunes entreprises innovantes	105,0	113,4	129
Jeunes entreprises universitaires	5,0	4,8	0,02
Entreprises implantées dans les DOM	993,0	1 092,1	1 171
Contrats d'accès et de retour à l'emploi (DOM)	18,2	16,8	16
Contrat vendanges	14,3	13,6	15
Embauches de salariés sous CDI par les groupements d'employeurs agricoles	1,3	1,2	1
Transformation de CDD en CDI par les employeurs de main-d'œuvre agricole	7,1	6,7	6
Extension de l'exonération salariés occasionnels demandeurs d'emploi aux groupements d'employeurs agricoles	7,1	6,8	13
Extension de la durée de l'exonération pour les travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi	18,0	17,1	10
Embauche de jeunes travailleurs occasionnels de moins de 26 ans	2,2	2,1	3
Exonération des cotisations d'allocations familiales pour l'armement maritime	8,5	8,0	9
Exonération en faveur des marins salariés	43,0	43,0	44
Zones franches urbaines (ZFU)	239,0	271,6	276
Création d'emplois en zones de revitalisation urbaine (ZRU)	11,0	7,1	6
Exploitation de l'image collective du sportif	26,0	34,7	39
Volontariat associatif	3,8	3,4	3
Porteurs de presse	–	8,0	4
Total des exonérations ciblées compensées	3 466,3	3 831,0	4 051

Sources : PLFSS 2009 et PLFSS 2011

Près du tiers du dépassement résulte des exonérations au bénéfice des entreprises et travailleurs indépendants implantés dans les DOM (+ 178 millions d'euros), les deux autres principales insuffisances de crédits étant constatées au titre des exonérations instaurées dans le cadre du plan de développement des services à la personne (+ 98 millions d'euros) et des contrats de professionnalisation (+ 98 millions d'euros).

La situation de la dette de l'État envers les régimes de sécurité sociale s'est toutefois améliorée de plus de 1,8 milliard d'euros entre le 31 décembre 2008 et le 31 décembre 2009, la loi de finances rectificative pour 2009 ayant notamment affecté 1,4 milliard d'euros de crédits budgétaires.

Pour 2010, l'article 26 de la loi de financement a approuvé un montant de compensation de 3,5 milliards d'euros, progressant par rapport au montant voté en loi de financement pour 2009, mais inférieur au coût constaté des exonérations en 2009. Plus important qu'en 2009, l'écart entre crédits de compensation votés en loi de finances initiale et le coût final des exonérations dépasserait 500 millions d'euros. Par rapport aux crédits budgétaires disponibles en exécution (près de 4 milliards d'euros), l'insuffisance ne devrait toutefois s'élever qu'à 74 millions d'euros.

Compensation des exonérations ciblées (2010)

(en millions d'euros)

	Crédits LFI	Coût
Structures d'aide sociale et entreprises d'insertion	10,4	11
Volontariat pour l'insertion	–	0,2
Contrat de retour à l'emploi (métropole)	2,0	1
Contrat initiative emploi	16,1	15
Contrat d'apprentissage	692,7	993
Contrat de professionnalisation et contrat de formation agricole	72,1	43
Parcours d'accès aux carrières de la fonction publiques	3,0	2
Aide à domicile employé auprès d'une personne non fragile	223,1	263
Abattement pour les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle	303,2	317
Création d'emplois en zones de revitalisation rurale (ZRR)	45,1	22
Organismes d'intérêt général et associations en ZRR	190,7	176
Bassins d'emploi à redynamiser	3,0	7
Avantages en nature repas secteur hôtels-cafés-restaurants	150,0	164
Régime micro social	157,5	68
Salarié créateur ou repreneur d'entreprise	11,9	9
Indemnités de rupture versées dans le cadre d'un accord de GPEC	10,0	2
Correspondants locaux de la presse	0,1	0,1
Zones de restructuration de la défense	–	3
Jeunes entreprises innovantes	105,0	139
Jeunes entreprises universitaires	5,0	0,18
Entreprises implantées dans les DOM	1 087,1	1 043
Contrat d'accès et de retour à l'emploi (DOM)	16,6	16
Contrat vendanges	14,3	15
Embauches de salariés sous CDI par les groupements d'employeurs agricoles	1,3	0,4
Transformation de CDD en CDI par les employeurs de main-d'œuvre agricole	7,1	2
Exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles	–	416
Extension de l'exonération salariés occasionnels demandeurs d'emploi aux groupements d'employeurs agricoles	7,1	3
Extension de la durée de l'exonération pour les travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi	18	4
Embauche de jeunes travailleurs occasionnels de moins de 26 ans	2,2	3
Exonération des cotisations d'allocations familiales pour l'armement maritime	9,0	9
Exonération en faveur des marins salariés	45,1	44
Zones franches urbaines (ZFU)	238,0	189
Création d'emplois en zones de revitalisation urbaine (ZRU)	9,0	4
Exploitation de l'image collective du sportif	26,0	20
Service civique	–	4
Volontariat associatif	–	6
Porteurs de presse	12,0	17
Total des exonérations ciblées compensées	3 493,7	4 032

Sources : PLFSS 2010 et PLFSS 2011

L'essentiel du dépassement résulte de la modification, à compter du 1^{er} janvier 2010, de l'exonération au titre des travailleurs occasionnels/demandeurs d'emploi (« TO-DE ») dans le secteur agricole (+ 416 millions d'euros). Pour le reste, d'importants écarts doivent en outre être notés sur les contrats d'apprentissage (+ 300 millions d'euros) et, dans une moindre mesure, sur les exonérations au titre du plan de développement des services à la personne (+ 54 millions d'euros).

Prenant en compte les incidences des projets de loi de finances et de loi de financement pour 2011, 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 (2010-2011)

(en millions d'euros)

	Évaluation 2010	Prévision 2011
Structures d'aide sociale et entreprises d'insertion	11	10,1
Volontariat pour l'insertion	0,2	–
Contrat de retour à l'emploi (métropole)	1	–
Contrat initiative emploi	15	2,9
Contrat d'apprentissage	993	950,6
Contrat de professionnalisation et contrat de formation agricole	43	17,8
Parcours d'accès aux carrières de la fonction publiques	2	0,5
Aide à domicile employé auprès d'une personne non fragile	263	69,4
Abattement pour les particuliers employeurs cotisant sur l'assiette réelle	317	84,0
Création d'emplois en zones de revitalisation rurale (ZRR)	22	18,5
Organismes d'intérêt général et associations en ZRR	176	60,7
Bassins d'emploi à redynamiser	7	6,3
Avantages en nature repas secteur hôtels-cafés-restaurants	164	40,4
Régime micro social	68	246,4
Salarié créateur ou repreneur d'entreprise	9	9,4
Indemnités de rupture versées dans le cadre d'un accord de GPEC	2	0,5
Correspondants locaux de la presse	0,1	0,1
Zone franche de Corse	–	0,1
Zones de restructuration de la défense	3	42,4
Jeunes entreprises innovantes	139	80,0
Jeunes entreprises universitaires	0,18	5,0
Entreprises implantées dans les DOM	1 043	1 073,7
Contrat d'accès et de retour à l'emploi (DOM)	16	13,2
Contrat vendanges	15	14,3
Embauches de salariés sous CDI par les groupements d'employeurs agricoles	0,4	0,02
Transformation de CDD en CDI par les employeurs de main-d'œuvre agricole	2	0,1
Exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels agricoles	416	405,7
Extension de l'exonération salariés occasionnels demandeurs d'emploi aux groupements d'employeurs agricoles	3	7,1
Extension de la durée de l'exonération pour les travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi	4	–
Embauche de jeunes travailleurs occasionnels de moins de 26 ans	3	–
Exonération des cotisations d'allocations familiales pour l'armement maritime	9	9,3
Exonération en faveur des marins salariés	44	45,2
Zones franches urbaines (ZFU)	189	192,7
Création d'emplois en zones de revitalisation urbaine (ZRU)	4	5,0
Exploitation de l'image collective du sportif	20	–
Service civique	4	22,1
Volontariat associatif	6	–
Porteurs de presse	17	14,0
Total des exonérations ciblées compensées	4 032	3 447,6

Sources : PLFSS 2011

Pour l'ensemble des exonérations ciblées compensées en 2011, le présent article approuve un montant inférieur de 584 millions d'euros au coût attendu pour 2010, tenant compte des 700 millions d'euros d'économies résultant de l'aménagement de plusieurs dispositifs d'exonérations (avantages en nature dans le secteur hôtels, cafés, restaurants (HCR), abattement pour les particuliers employeurs, organismes et associations implantés dans les zones de revitalisation rurale, jeunes entreprises innovantes).

Compensation des exonérations ciblées (2006-2011)

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Crédits LFI	21 817	2 884	3 194	3 466	3 494	3 448
Coût des exonérations	22 905	4 135	4 275	4 051	4 032	—
Différence	– 1 088	– 1 251	– 1 081	– 585	– 538	—

Sources : PLFSS 2008, 2009, 2010 et 2010

Depuis 2007, votre Rapporteur a pu saluer la constance avec laquelle le ministère des comptes publics s'était attaché à ce que la gestion des crédits budgétaires permette de prévenir la reconstitution d'impayés de l'État aux organismes de sécurité sociale. Ce souci s'est notamment traduit par une circulaire (n° 6BCS-07-3469), en date du 17 décembre 2007, qui a fixé des règles de bonne gestion des crédits de compensation de cotisations sociales et de remboursement des prestations sociales. Les conventions financières conclues entre l'État et chaque régime, afin de fixer les dates et montants de paiement pour l'ensemble des dispositifs pour lesquels des crédits de compensation sont inscrits en loi de finances initiale, ont été revues pour assurer le respect des termes de cette circulaire.

Selon l'annexe 5, le nombre d'incidents de règlement a ainsi pu être considérablement limité : en 2008, seuls deux jours de décalage sur une partie des sommes dues à la première échéance de mise en œuvre de ces nouvelles règles avaient été constatés ; de même, en 2009, un retard de deux jours a été enregistré sur un versement prévu à l'échéance du 30 juin.

Cette année, en revanche, à la mi-septembre, le dernier versement prévu à l'échéancier 2010 annexé à la convention État-ACOSS pour les mesures relevant de la mission « Travail », d'un montant de 488 millions d'euros, n'a pas été honoré. Votre Rapporteur prend donc note avec satisfaction de l'engagement pris par le Gouvernement d'une régularisation en loi de finances rectificative pour 2010.

Car malgré les efforts entrepris depuis quelques années, notamment ceux de la loi de finances rectificative pour 2009 à hauteur de 2,5 milliards d'euros, la dette de l'État à l'égard de la sécurité sociale n'est pas entièrement résorbée. L'état semestriel au 30 juin 2010 de l'ensemble des sommes restant dues aux régimes obligatoires de base fait apparaître qu'elle s'élevait, début 2010, après intervention

des versements consécutifs à la loi de finances rectificative, à un peu plus de 1 milliard d'euros, au seul titre des exonérations ciblées de cotisations sociales (dont 830 millions d'euros pour le seul régime général). Globalement la dette ne s'élève toutefois qu'à 768 millions d'euros (dont 651 millions d'euros pour le seul régime général), principalement en raison d'une créance de 207 millions d'euros au titre des prestations prises en charge par l'État.

Entre le 30 juin 2009 et le 30 juin 2010, si l'on considère le seul champ des exonérations de cotisations ciblées, la dette de l'État a donc spectaculairement diminué, passant de plus de 2,6 milliards d'euros à 1 milliard d'euros. La dette se répartit principalement entre les contrats d'apprentissage (338 millions d'euros) et de professionnalisation (337 millions d'euros) et, à un moindre degré, les exonérations à destination des zones de revitalisation rurale (158 millions d'euros) et de l'outre-mer (75 millions d'euros). Mais elle pourrait donc s'élever en fin d'exercice à 1,6 milliard d'euros.

3. Les exonérations ciblées non compensées

L'annexe 5 au projet de loi de financement pour 2010 avait évalué les mesures non compensées à près de 3 milliards d'euros. Le coût effectif de ces mesures en 2010 serait supérieur de plus de 150 millions d'euros (+ 5,2 %), comme le montre le tableau ci-après.

Exonérations ciblées non compensées (2010)

(en millions d'euros)

	Évaluation PLFSS 2010	Révision PLFSS 2011
Stagiaires en entreprise	79	82
Contrat d'accompagnement dans l'emploi	498	847
Contrat d'avenir	183	28
Associations intermédiaires	78	79
Aide à domicile employée par un particulier fragile	874	844
Aide à domicile employé par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile	737	719
Taux de cotisations réduits pour l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi agricoles	78	–
Jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole	51	50
Contrat d'insertion par l'activité (DOM)	3,5	3
Arbitres et juges sportifs	33	33
Aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise	157	281
Contrat emploi consolidé	1	0,4
Contrat de retour à l'emploi (métropole)	0,2	0,1
Contrat de retour à l'emploi (DOM)	0,003	–
Convention de reclassement personnalisé	77	78
Contrat de transition professionnelle	18	15
Bonus exceptionnel outre-mer	95	19
Régime micro-social autoentrepreneur	–	40
Total des exonérations non compensées	2 963	3 118

Sources : PLFSS 2010 et 2011

La différence se justifie intégralement par le fort dynamisme des dispositifs de soutien à l'emploi (contrat d'accompagnement dans l'emploi, aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise).

Pour 2011, l'annexe 5 au présent projet de loi prévoit une augmentation de 33 millions d'euros par rapport à 2010, ainsi que le montre le tableau ci-après :

Exonérations ciblées non compensées en 2011

(en millions d'euros)

	Évaluation 2010	Prévision 2011
Stagiaires en entreprise	82	84
Contrat d'accompagnement dans l'emploi	847	784
Contrat d'avenir	28	2
Associations intermédiaires	79	80
Aide à domicile employée par un particulier fragile	844	862
Aide à domicile employé par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile	719	761
Jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole	50	47
Contrat d'insertion par l'activité (DOM)	3	2
Arbitres et juges sportifs	33	34
Aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprise	281	327
Contrat emploi consolidé	0,4	0,1
Contrat de retour à l'emploi (métropole)	0,1	0,1
Convention de reclassement personnalisé	78	60
Contrat de transition professionnelle	15	21
Bonus exceptionnel outre-mer	19	19
Régime micro-social autoentrepreneur	40	67
Total des exonérations non compensées	3 118	3 151

Source : PLFSS 2011

Depuis 2008, le volume des exonérations non compensées et leur part dans l'ensemble des exonérations ciblées tendent à progresser, comme le montre le tableau ci-dessous :

Exonérations ciblées compensées et non compensées (2008-2011)

(en milliards d'euros)

	2008	2009	2010	2011
Exonérations ciblées compensées	4,2	4,1	4	3,4
Exonérations ciblées non compensées	2,8	2,9	3,1	3,2
Total des exonérations ciblées	7	7	7,1	6,5
Part des exonérations non compensées	40 %	41,4	43,7	49,2

Sources : PLFSS 2010 et 2011

4. Les niches sociales

Depuis le projet de loi de financement pour 2009, l'annexe 5 adopte une approche globale des pertes de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale des différents dispositifs d'exonérations de cotisations et contributions : au lieu de présenter séparément les « niches sociales » postérieures à 2004, elle place

désormais sur le même plan allègements généraux et exonérations ciblées, d'une part, et exemptions ou abattements d'assiette, d'autre part.

Surtout, elle s'efforce de proposer une évaluation de ces niches sociales non pas seulement en termes d'assiette, mais aussi de pertes de recettes. Au demeurant, le plafonnement de l'évolution de l'ensemble des niches fiscales et exonérations sociales par la loi de programmation des finances publiques rendait indispensable une estimation, même imparfaite et entourée de légitimes précautions méthodologiques, des pertes de recettes résultant des niches sociales.

Niches sociales : assiettes exemptées et pertes de recettes potentielles (2008-2011)

(en milliards d'euros)

	2008	2009		2010		2011	
	Pertes de recettes	Assiettes exemptées ¹	Pertes de recettes	Assiettes exemptées ¹	Pertes de recettes	Assiettes exemptées	Pertes de recettes
Participation		8,7		7,7		8,2	
Intéressement		7,9		6,9		6,7	
Plan d'épargne d'entreprise		1,3		1,5		1,4	
Stock-options		2,1		1,8		1,7	
Participation financière et actionariat salarié	3,6	20,0	3,3	17,6	3,0	18,0	2,9
Prévoyance complémentaire		13,1		13,5		12,1	
Retraite supplémentaire		3,8		3,7		3,9	
Plan d'épargne pour la retraite collectif		0,2		0,2		0,2	
Protection sociale complémentaire en entreprise	3,0	17,1	2,8	17,4	2,7	16,2	2,7
Titres-restaurant		2,4		2,7		3,2	
Chèques-vacances		0,3		0,4		0,9	
Avantages accordés par les comités d'entreprise		2,6		2,7		2,9	
Chèque emploi-service universel préfinancé		0,1		0,2		0,3	
Aides directes consenties aux salariés	1,7	5,4	2,0	5,9	2,1	7,2	2,2
Indemnités de licenciement		3,2		3,4		3,7	
Indemnités de mise à la retraite		0,4		0,5		–	
Indemnités de rupture conventionnelle		–		–		0,8	
Indemnités de rupture	0,7	3,5	0,6	3,8	1,1	4,4	1,2
Droit à l'image des sportifs	0,031	n.d.	0,03	0,1	0,01	–	–
Total niches sociales	9,0	46,1	8,8	44,8	8,9	45,8	9,0

(1) Montants non révisés

Sources : PLFSS 2009, 2010 et 2011

L'assiette de la plupart des niches sociales continue de bénéficier d'une croissance rapide, très largement supérieure à celle de la masse salariale (+ 3 %).

Évolution de quelques assiettes exemptées (2000-2011)

(en millions d'euros)

	2000	2005	2008	2011	Croissance annuelle moyenne
Participation	4 502	7 000	7 283	8 200	+ 5,6 %
Intéressement	3 394	5 700	6 802	6 700	+ 6,4 %
Titres-restaurant	1 483	1 978	2 326	3 200	+ 7,2 %
Retraite supplémentaire et prévoyance complémentaire	n.d.	12 904	15 803	16 000	+ 3,6 %

Source : PLFSS 2011

Ces évolutions divergentes plaident que pour ces différents dispositifs apportent leur participation au financement de la protection sociale. Telle était la finalité de l'une des propositions présentées en juin 2008 par la mission d'information commune aux commissions des affaires sociales et des finances de l'Assemblée : l'instauration d'une taxe forfaitaire à assiette large – l'ensemble des niches – et à taux faible (5 %). Instituant un forfait social de 2 % sur certaines niches, la loi de financement pour 2009 a constitué un premier pas très encourageant en ce sens, prolongé par la loi de financement pour 2010, qui en a doublé le taux, et, désormais, par l'article 13 du présent projet de loi, qui propose une nouvelle majoration de 2 points.

*

La commission adopte l'article 23 sans modification.

Après l'article 23

La commission examine l'amendement AS 214 de Mme Marisol Touraine.

M. Michel Issindou. Nous souhaitons qu'un bilan annuel d'évaluation des dispositifs ciblés d'exonération des cotisations de sécurité sociale soit transmis au Parlement avant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cela permettra notamment de mesurer les effets d'aubaine, notamment l'effet dit « trappe à bas salaire ». Compte tenu des enjeux, nous ne pouvons attendre cinq ans pour évaluer la politique du Gouvernement.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable. La loi de programmation des finances publiques dispose que tout nouveau dispositif doit être évalué au bout de quatre ans. Un délai d'un an ne permettrait pas d'apprécier la pertinence de tel ou tel dispositif.

La commission rejette l'amendement AS 214.

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.

1. Les recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

Le 1° du présent article fixe, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour 2011, soit un montant total de 426,4 milliards d'euros (hors transferts entre branches). Par rapport aux prévisions rectifiées de recettes pour 2010 figurant à l'article 4 du présent projet, la progression atteint 4,2 %, ainsi que le montre le tableau ci-après.

Recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2010	2011	Évolution
Maladie	167,1	172,2	+ 3,1 %
Vieillesse	184,0	193,6	+ 5,2 %
Famille	51,2	52,7	+ 2,9 %
AT-MP	12,2	13,1	+ 7,4 %
Total (hors transferts)	409,3	426,1	+ 4,2 %

Source : PLFSS 2011

Le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2011 offre un cadrage macro-économique permettant de situer ces données dans le champ des administrations de sécurité sociale (ASSO), plus large que celui de la loi de financement. Après une reprise de 2 % en 2010, succédant à

la contraction observée en 2009 (– 0,4 %), la forte progression des recettes en 2011 s’explique par l’accélération de la masse salariale (+ 2,9 %), mais aussi par les mesures nouvelles de recettes associées au présent projet de loi ainsi qu’au projet de loi de finances pour 2011, au premier rang desquelles l’annualisation des allègements généraux de cotisations sociales et la hausse de 0,1 point des cotisations d’accidents du travail, pour un total de 4,5 milliards d’euros.

L’annexe C au projet de loi de financement permet quant à elle 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)

	2010	2011	Évolution
Cotisations effectives	215,7	225,4	+ 4,5 %
Cotisations fictives	39,8	41,3	+ 3,8 %
Cotisations prises en charge par l’État	4,1	3,3	– 19,5 %
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	1,7	1,8	+ 5,9 %
Autres contributions publiques	6,7	7,2	+ 7,5 %
Impôts et taxes affectés <i>dont CSG</i>	116,5 71,1	118,1 73,1	+ 1,4 % + 2,8 %
Transferts reçus	19,3	23,7	+ 22,8 %
Revenus des capitaux	0,6	0,6	–
Autres ressources	5,0	4,7	– 6 %
Total	409,3	426,1	+ 4,2 %

Source : PLFSS 2011

Le tableau suivant, fondé sur les données issues de l’annexe 9B au présent projet de loi de financement, détaille l’impact des mesures de la loi de financement et de la loi de finances sur les recettes pour 2011 de l’ensemble des régimes de base et du régime général.

**Ensemble des régimes obligatoires de base
Impact des mesures nouvelles sur les recettes 2011**

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	Tous régimes	Régime général
Augmentation du forfait social (art. 13 PLFSS)	+ 350	+ 350
Plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG (article 15 PLFSS)	+ 20	+ 20
Assujettissement des rémunérations versées par des tiers (art. 16 PLFSS)	+ 70	+ 70
Intégration dans l'assiette des cotisations des exploitants agricoles des revenus tirés de la mise en location des terres et biens (art. 17 PLFSS)	+ 9	-
Suppression des exonérations de taxe sur les médicaments orphelins (art. 20 PLFSS)	+ 20	+ 17
Création d'une cotisation maladie sur les pensions servies par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (art. 22 PLFSS)	+ 5	-
Augmentation du taux de la cotisation d'accidents du travail (art. 24 PLFSS)	+ 485	+ 485
Suppression de l'abattement de cotisations de 15 points bénéficiant aux particuliers employeurs (art. 90 PLF)	- 20	- 20
Total	+ 939	+ 922

Source : PLFSS 2011

À la différence des années précédentes, l'essentiel des recettes nouvelles présente un caractère pérenne, qu'il s'agisse de la majoration des taux de cotisations d'accidents du travail ou de l'augmentation du forfait social.

D'importantes mesures de recettes n'apparaissent pas dans ce tableau, car les mesures relatives aux retraites « chapeau » (article 10), aux *stock-options* (article 11) aussi bien que l'annualisation des allègements généraux (article 12) bénéficient indirectement au Fonds de solidarité vieillesse et non aux régimes de sécurité sociale proprement dits.

2. Les recettes du régime général

Le 2° 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)

	2010	2011	Évolution
Maladie	143,2	147,8	+ 3,2 %
Vieillesse	93,8	99,9	+ 6,4 %
Famille	50,7	52,2	+ 3,0 %
AT-MP	10,9	11,7	+ 7,3 %
Total (hors transferts)	293,3	306,2	+ 4,4 %

Source : PLFSS 2011

Par rapport à la prévision donnée dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, l'ensemble des mesures du présent projet de loi ou qui y sont associées permet d'augmenter les recettes du régime général de 922 millions d'euros.

À partir des données fournies par l'annexe 9B au présent projet de loi de financement, 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 2011.

Régime général – Impact des mesures nouvelles sur les recettes 2011

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles de recettes	Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Toutes branches
Augmentation des contributions sur les stock-options (art. 11 PLFSS)	+ 70	–	–	–	+ 70
Augmentation du forfait social (art. 13 PLFSS)	+ 350	–	–	–	+ 350
Transfert au FSV de la C3S additionnelle et d'une fraction du forfait social (art. 14 PLFSS)	– 1 410	–	–	–	– 1 410
Plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG (art. 15 PLFSS)	+ 17	–	–	+ 3	+ 20
Assujettissement des rémunérations versées par des tiers (art. 16 PLFSS)	+ 30	–	+ 30	+ 10	+ 70
Suppression des exonérations de taxe sur les médicaments orphelins (art. 20 PLFSS)	+ 17	–	–	–	+ 17
Augmentation du taux de la cotisation d'accidents du travail (art. 24 PLFSS)	–	+ 485	–	–	+ 485
Transfert de diverses TVA brutes (art. 39 PLF)	+ 1 340	–	–	–	+ 1 340
Suppression de l'abattement de cotisations de 15 points bénéficiant aux particuliers employeurs (art. 90 PLF)	– 8	–	– 8	– 4	– 20
Total	+ 406	+ 485	+ 22	+ 9	+ 922

Source : PLFSS 2011

Le tableau fait clairement apparaître que les mesures nouvelles nettes de recettes profitent principalement aux branches accidents du travail et maladie, du fait de l'augmentation de 0,1 point de la cotisation d'accidents du travail et grâce, comme en 2009, à l'augmentation de 2 points du forfait social.

Il est toutefois d'ores et déjà caduc, dans la mesure où les mesures relatives aux pensions adoptées au Sénat dans le cadre de l'examen du projet de loi portant réforme des retraites se traduisent par de nouveaux flux entre le budget de l'État et les comptes sociaux, d'une part, puis au sein de ceux-ci, entre la CNAMTS et le FSV, d'autre part.

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, à savoir le seul FSV.

Recettes des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

(en milliards d'euros)

	2010	2011	Évolution
FSV	13,3	18,0	+ 35,3 %

Source : PLFSS 2011

Dans le compte tendancier du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, le montant des recettes du FSV atteint 14,5 milliards d'euros en 2011, soit une hausse de 7,9 %. Davantage que la hausse de la CSG (+ 2,8 %), et malgré la stabilité de la part de C3S affectée au fonds (300 millions d'euros), l'évolution du compte tendancier s'explique par l'achèvement de la montée en charge du transfert provenant de la CNAF au titre des majorations de pensions pour enfants, qui atteindra près de 4,4 milliards d'euros.

Par rapport aux perspectives tendancielles, les ressources du FSV progresseront toutefois de près de 3,7 milliards d'euros en 2011, dont plus de 3,5 milliards d'euros dans le cadre du financement de la réforme des retraites. Mais s'il est l'affectataire final des recettes supplémentaires destinées à contribuer au redressement des comptes de la branche vieillesse, il n'est pas nécessairement abondé de manière directe par ces différentes mesures.

C'est notamment le cas des majorations de prélèvements fiscaux, qui augmenteront de plus de 1,3 milliard d'euros les recettes du budget de l'État. Plus compliqué que véritablement complexe, le mécanisme de « fléchage » de ces sommes, défini par l'article 14 du présent projet de loi, consiste d'une part à passer par la CNAMTS, à laquelle l'article 39 du projet de loi de finances affecte de la TVA brute. La CNAMTS transfère ensuite ces montants au FSV par le biais de la

C3S additionnelle et d'une fraction du produit du forfait social (appelée à augmenter en 2012). Le FSV sera d'autre part affectataire d'une fraction de la taxe sur les salaires correspondant au montant économisé grâce à l'annualisation des allègements généraux (article 12 du présent projet de loi), soit 2 milliards d'euros. Enfin, certaines recettes nouvelles lui bénéficieront directement, que se soit l'augmentation du prélèvement sur les retraites « chapeau », soit 110 millions d'euros, ou l'affectation de certaines des recettes précédemment destinées au FRR (fraction du produit des redevances UMTS, contribution sur les abondements aux PERCO, sommes non réclamées au titre de la participation, de l'intéressement et de l'assurance vie), soit 75 millions d'euros. 56 millions d'euros résultent en outre d'une meilleure attribution de C3S, résultant de la réduction à due concurrence du déficit du RSI.

Fonds de solidarité vieillesse – Impact des mesures nouvelles sur les recettes 2011

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	Recettes
Mesures sur les retraites « chapeau » (art. 10 PLFSS)	+ 110
Transfert d'une fraction de taxe sur les salaires (art. 14 PLFSS)	+ 2 000
Transfert de la C3S additionnelle (art. 14 PLFSS)	+ 982
Transfert d'une fraction du forfait social (art. 14 PLFSS)	+ 428
Plafonnement de l'abattement pour frais professionnels applicable à la CSG (article 15 PLFSS)	+ 3
Transfert du produit des licences UMTS (art. 16 PLFSS)	+ 75
Impact des mesures sur le solde du RSI et gain de C3S)	+ 56
Total	+ 3 654

Source : PLFSS 2011

L'essentiel de ces recettes nouvelles permettra au FSV d'assurer le financement d'une partie du minimum contributif qui lui est par ailleurs transféré. Comme on l'a vu précédemment pour les recettes du régime général, les produits et charges nouveaux transférés au FSV seront, en réalité, supérieurs, compte tenu des mesures adoptées au Sénat dans le cadre de l'examen du projet de loi portant réforme des retraites.

*

*La commission **adopte** l'amendement de coordination rédactionnelle AS 347 du rapporteur.*

*Puis elle **adopte** l'article 24 **modifié**.*

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)

	2010			2011		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	167,1	178,4	- 11,2	172,2	183,5	- 11,3
Vieillesse	184,0	194,6	- 10,5	193,6	202,2	- 8,6
Famille	51,2	53,8	- 2,6	52,7	55,7	- 3,0
AT-MP	12,2	12,7	- 0,4	13,1	13,0	+ 0,1
Total (hors transferts)	409,3	434,1	- 24,8	426,1	448,9	- 22,7

Source : PLFSS 2011

Par rapport aux prévisions révisées pour 2010 figurant à l'article 4 du présent projet loi de financement, le solde pour 2011 se redresserait de 2,1 milliards d'euros. En outre, si l'on prend en compte le déficit du FSV, le solde négatif de l'ensemble atteindrait 26,5 milliards d'euros contre 27,7 milliards d'euros en 2009 et 29,1 milliards d'euros en 2010.

Les aspects relatifs aux recettes ont déjà été examinés dans le commentaire de l'article 24 du présent projet de loi de financement, relatif aux prévisions de recettes. S'agissant des dépenses, selon le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2011, les prestations versées par l'ensemble des administrations de sécurité sociale poursuivraient leur décélération (+ 3,3 %, après + 5 % en 2009 et + 4 % en 2010), notamment, hors champ de la loi de financement, grâce au recul des prestations chômage (- 2,2 %).

Un ONDAM à + 2,9 % et une progression modérée des prestations familiales (+ 1,5 %) compenseraient la progression plus forte des prestations vieillesse (+ 4,2 %), toujours sous l'effet de la dynamique des départs en retraite des générations du *papy boom*, alors que l'impact de la réforme des retraites commencera tout juste à se faire sentir.

Pourtant, 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 2011 et celles qui, dans le projet de loi de finances pour 2011 ou par voie réglementaire, y sont associées réduisent de 7,7 milliards d'euros le solde prévisionnel, puisque celui-ci passe de – 34,3 milliards d'euros (tous régimes de base et FSV) à – 26,6 milliards d'euros. Cet effort est à comparer aux 3,4 milliards d'euros d'amélioration des soldes tendanciels que permettait le projet de loi de financement pour 2010.

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 (– 28,6 milliards d'euros) serait inférieur à celui de l'ensemble des régimes, hors FSV (– 30,3 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 1,7 milliard d'euros, ce que traduit l'évolution des principaux d'entre eux : déficit de 243 millions d'euros pour la CNRACL et, transfert d'équilibre inclus, de 1,4 milliard d'euros pour le régime des exploitants agricoles.

Le déficit de la CNRACL serait réduit par rapport à 2010, où il atteignait près de 400 millions d'euros, grâce à la baisse des charges de compensation et malgré une progression de 6 % des charges de pensions.

Hors versements de C3S, le déficit de la branche maladie du RSI se dégraderait de plus de 100 millions d'euros, pour atteindre 1,9 milliard d'euros. Dans la branche vieillesse, le déficit se dégraderait de 100 millions d'euros pour les commerçants et de plus de 200 millions d'euros pour les artisans, pour dépasser au total 2 milliards d'euros.

Toujours en tendanciel, le déficit du régime des exploitants agricoles se dégraderait de plus de 200 millions d'euros en 2010, principalement au titre de la branche maladie, l'essentiel du déficit étant toutefois dû au déséquilibre structurel de la branche vieillesse (plus de 1,2 milliard d'euros) depuis la suppression du FFIPSA, intervenue en 2009.

*

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)

	2010			2011		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	143,2	154,6	- 11,4	147,8	159,3	- 11,5
Vieillesse	93,8	102,4	- 8,6	99,9	106,8	- 6,9
Famille	50,7	53,3	- 2,6	52,2	55,2	- 3,0
AT-MP	10,9	11,3	- 0,5	11,7	11,6	+ 0,1
Total (hors transferts)	293,3	316,5	- 23,1	306,2	327,5	- 21,3

Source : PLFSS 2011

Au regard des prévisions révisées pour 2010 figurant à l'article 4 du présent projet de loi, le solde du régime général s'améliorerait donc de 1,8 milliard d'euros en 2010. Le « tendanciel » présenté dans le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier prévoyait toutefois une dégradation de 5,5 milliards d'euros, ce qui permet de mesurer l'apport du présent projet de loi de financement : un redressement des comptes de 7,3 milliards d'euros, dont plus des trois quarts permettent simplement de ne pas aggraver le déficit de l'exercice précédent.

L'effort est néanmoins significatif : ainsi, le projet de loi de financement pour 2010 n'avait pour sa part amélioré que de 3 milliards d'euros le solde tendanciel du régime général. Pour 2011, le dosage des mesures proposées à cette fin fait intervenir des recettes nouvelles et transferts, pour 1,5 milliards d'euros, et des économies sur les dépenses, pour 5,8 milliards d'euros.

Les mesures ayant une incidence sur les recettes des régimes et des fonds en 2011 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 du présent projet de loi de financement.

Impact des mesures nouvelles sur les dépenses 2011

(en millions d'euros)

Mesures nouvelles	Tous régimes	Régime général
Économies de frais financiers (art. 9 PLFSS)	+ 410	+ 410
Abaissement du taux K à 0,5 % (art. 19 PLFSS)	+ 50	+ 43
Transfert des contentieux transfusionnels de l'EFS à l'ONIAM (*) (art. 39 PLFSS)	- 25	- 21
Convergence tarifaire ciblée (art. 41 PLFSS)	+ 150	+ 128
Cumul des revenus d'une activité salariée avec une pension d'invalidité servie par le régime général (*) (art. 43 PLFSS)	- 8	- 8
Diminution de la dotation à l'EPRUS (*) (art. 45 PLFSS)	+ 24	+ 20
Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite (**)	- 31	- 17
Baisse de prix des produits de santé	+ 500	+ 425
Ralentissement structurel des dépenses de médicaments	+ 70	+ 60
Mise en place d'un forfait pour les bandelettes	+ 35	+ 30
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	+ 200	+ 170
Maîtrise médicalisée	+ 550	+ 468
Maîtrise médicalisée pour les produits de santé	+ 200	+ 167
Réforme ALD sur l'hypertension artérielle	+ 20	+ 17
Passage de 91 à 120 euros du seuil d'application du forfait de 18 euros	+ 95	+ 81
Passage à 60 % des dispositifs médicaux remboursés à 65 %	+ 100	+ 85
Optimisation de performance hospitalière	+ 205	+ 174
Passage du secteur médico-social à une logique AE/CP	+ 300	+ 255
Total maladie	+ 2 760	+ 2 416
<i>dont hors ONDAM (*)</i>	<i>- 9</i>	<i>- 9</i>
Économies de frais financiers (art. 9 PLFSS)	+ 18	+ 18
Augmentation de la dotation au FIVA (art. 49 et 52 PLFSS)	- 25	- 25
Création d'aides financières simplifiées dans le régime agricole (art. 50 PLFSS)	- 1	-
Prise en charge du dispositif « pénibilité » (**)	- 58	- 58
Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite (**)	- 11	- 6
Total accidents du travail et maladies professionnelles	- 77	- 71
Économies de frais financiers (art. 9 PLFSS)	+ 275	+ 275
Report de six mois de l'écêtement du minimum contributif (art. 57 PLFSS)	- 35	- 15
Transfert au FSV de l'écêtement du minimum contributif (art. 57 PLFSS)	+ 3 500	+ 3 000
Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite (**)	+ 350	+ 194
Prolongation de la garantie de 85 % du SMIC pour les pensionnés ayant eu une carrière complète au SMIC (**)	- 6	- 6
Maintien de l'assurance veuvage (**)	- 80	- 80
Validation de services (**)	- 7	- 160
Total vieillesse	+ 3 997	+ 3 208
Économies de frais financiers (art. 9 PLFSS)	+ 85	+ 85
Suppression de la rétroactivité de trois mois pour l'effet des aides personnelles au logement (art. 54 PLFSS)	+ 120	+ 120
Harmonisation de la date d'effet pour le versement de l'allocation de base de la PAJE (art. 55 PLFSS)	+ 40	+ 40
Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite (**)	+ 16	+ 9
Total famille	+ 261	+ 254
Total toutes branches	+ 6 942	+ 5 807

(**) Mesures résultant du projet de loi portant réforme des retraites

Source : PLFSS 2011

Compte tenu des mesures nouvelles de recettes, précédemment évoquées (cf. article 24), soit un apport de 1,5 milliard d'euros, l'amélioration par rapport au « tendanciel » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale au début du mois atteindrait donc, pour le seul régime général, près de 7,3 milliards d'euros, à rapprocher des incidences du projet de loi de financement pour 2010, qui dépassaient tout juste 3 milliards d'euros, ou même de celui pour 2009 (6,4 milliards d'euros).

Régime général – Incidences des mesures nouvelles sur l'équilibre 2011

(en milliards d'euros)

	« Tendanciel » 2011			Mesures nouvelles 2011			Équilibre 2011		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	147,310	161,773	- 14,463	+ 0,563	- 2,416	+ 2,979	147,873	159,357	- 11,485
AT-MP	11,194	11,549	- 0,355	+ 0,485	+ 0,071	+ 0,414	11,679	11,620	+ 0,059
Vieillesse	96,973	107,485	- 10,512	+ 0,422	- 3,208	+ 3,630	97,395	104,277	- 6,882
Famille	52,216	55,465	- 3,249	+ 0,009	- 0,254	+ 0,263	52,225	55,211	- 2,986
Total	302,346	330,924	- 28,578	+ 1,479	- 5,807	+ 7,286	303,825	325,117	- 21,292

Source : PLFSS 2011

Trois branches seraient donc déficitaires, seule celle des accidents du travail devant enregistrer un très léger excédent. Il faut noter qu'elles bénéficient toutes d'une forte économie au titre de leurs frais financiers – globalement à hauteur de 788 millions d'euros – dont la quasi-totalité s'explique par la reprise de dette opérée par la CADES en application de l'article 9 du présent projet de loi.

● *La branche maladie*

L'évolution spontanée des comptes pour 2011 se traduirait par un déficit accru de 3 milliards d'euros par rapport aux prévisions révisées de 2010 : l'augmentation des charges nettes (+ 4,7 %) serait, en effet, supérieure à celle des produits nets (+ 3,0 %), les dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM progressant pour leur part respectivement de 4,4 %.

Les mesures nouvelles pour 2011 amélioreraient le solde de la branche maladie de près de 3 milliards d'euros, grâce à 560 millions d'euros de recettes et transferts (cf. article 24) et 2,4 milliards d'euros d'économies attendues.

Compte tenu d'une progression de l'ONDAM fixée à 2,9 % pour 2011, les économies à réaliser dans le régime général se montent à 2 milliards d'euros, soit un montant légèrement supérieur à ceux fixés pour 2009 et 2010. L'annexe 9B détaille, avec des chiffres d'une précision toujours aussi remarquable, la façon dont diverses mesures, la plupart hors du dispositif proprement dit du présent projet de loi de financement, permettent d'atteindre cet objectif de près de 2,4 milliards d'euros d'économies (tous régimes).

Au titre de la gestion du risque et de l'efficience, près de 1,2 milliard d'euros sont escomptés grâce aux actions suivantes, dont la quantification paraît souvent entourée d'une certaine part d'aléa, tant pour la médecine de ville que pour les établissements de soins :

– d'abord la maîtrise médicalisée (500 millions d'euros), dont le champ inclut les prescriptions d'arrêts de travail, d'actes médicaux, d'examens de biologie, de soins paramédicaux et de transports, comme les actes en série de masso-kinésithérapie (avec l'aide des référentiels validés par la Haute Autorité de santé), mais aussi les médicaments, notamment grâce aux recommandations médico-économiques de la Haute Autorité (au travers de ses fiches de bon usage du médicament pour les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les inhibiteurs de la pompe à protons et les statines), et au développement du contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), déjà signé par près de 15 000 médecins ;

– l'abaissement à 0,5 %, à titre exceptionnel, du « taux K » de la contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables, prévu à l'article 19 du présent projet de loi (50 millions d'euros) ;

– le ralentissement structurel de la dépense de médicament, grâce notamment aux génériques (70 millions d'euros) ;

– la mise en place d'un forfait de prise en charge pour les dispositifs d'autocontrôle du diabète, sur la base des recommandations de la Haute Autorité de santé (35 millions d'euros) ;

– l'optimisation de la performance hospitalière (205 millions d'euros), par l'effet des projets de performance portés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) et des actions de maîtrise des produits de la liste en sus des tarifs des groupes homogènes de séjour de la tarification à l'activité ;

– enfin, le passage du secteur médico-social à une logique d'autorisations d'engagement et de crédits de paiement (300 millions d'euros), le ralentissement des dépenses étant permis par la définition plus précise du sous-objectif de ce secteur au vu de l'échelonnement de l'ouverture des places nouvelles.

900 millions d'euros d'ajustements de prix et de tarifs sont par ailleurs prévus, anticipant l'amélioration de la productivité dans les domaines suivants :

– radiologie et biologie (200 millions d'euros) ;

– baisse des prix des médicaments sous brevets et du répertoire des génériques ainsi que des dispositifs médicaux (550 millions d'euros) ;

– rapprochements tarifaires de certaines prestations d'hospitalisation entre les secteurs public et privé vers les tarifs les plus bas, prévus à l'article 41 du présent projet de loi (150 millions d'euros).

Un autre ensemble de mesures vise à recentrer progressivement les dépenses d'assurance maladie sur le financement des soins les plus utiles, pour un total de 330 millions d'euros :

– hausse de 91 euros à 120 euros du seuil de déclenchement de la participation forfaitaire pour les actes coûteux, en ville et à l'hôpital (95 millions d'euros) ;

– remboursement à 30 % des médicaments à faible service médical rendu (95 millions d'euros) et à 60 % des dispositifs médicaux actuellement remboursés à 65 % (100 millions d'euros) ;

– exclusion des affections de longue durée de l'hypertension artérielle autre que sévère (20 millions d'euros) ;

– suppression de la prise en charge automatique du transport pour les personnes en affection de longue durée (20 millions d'euros).

Enfin, hors ONDAM, l'annexe 9B enregistre les conséquences du transfert des contentieux transfusionnels de l'Établissement français du sang (EFS) à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), pour un coût de 21 millions d'euros (article 39 du projet de loi), les effets de la mesure relative au cumul des revenus d'une activité salariée avec une pension d'invalidité, pour un coût de 8 millions d'euros (article 43 du projet de loi), et la diminution de la dotation de l'assurance maladie à l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS), soit un gain de 20 millions d'euros (article 45 du projet de loi).

● *La branche vieillesse*

La détérioration tendancielle du solde de la branche vieillesse par rapport à l'exercice 2010 s'élèverait à 1,9 milliard d'euros en 2011. En effet, le ralentissement du rythme de croissance des prestations observé ces dernières années s'interromprait, la reprise du mouvement de hausse (+ 4,8 %) s'expliquant essentiellement par la revalorisation des pensions. Toutefois, grâce aux mesures prises dans le cadre de la réforme des retraites et du présent projet de loi, le déficit tendanciel serait réduit de plus de 3,6 milliards d'euros, le déficit devant ainsi s'établir à un peu moins de 6,9 milliards d'euros.

Cette amélioration tient pour l'essentiel à celle des dépenses, à commencer par le transfert au FSV du financement d'une partie du minimum contributif (article 57 du présent projet de loi), à hauteur de 3 milliards d'euros. Les deux nouvelles mesures introduites au Sénat à l'occasion de la discussion du projet de loi sur les retraites (maintien du taux plein à 65 ans pour les parents d'enfants lourdement handicapés ou de trois enfants pour ceux nés entre 1951 et 1955) devraient se traduire par une hausse de ce transfert à hauteur de 340 millions

d'euros, mais compte tenu du moment où elles ont été présentées puis adoptées, leurs incidences financières ne pouvaient par construction être intégrées dans les comptes du projet de loi de financement.

La baisse des dépenses par rapport au « tendanciel » traduit déjà aussi l'effet de la réforme des retraites, au travers du relèvement de l'âge légal de départ à la retraite (194 millions d'euros) et des validations de services (80 millions d'euros), tandis que le maintien de l'assurance veuvage et la prolongation de la garantie de 85 % du SMIC pour les pensionnés ayant eu une carrière complète au SMIC entraînent respectivement 80 millions d'euros et 6 millions d'euros de dépenses supplémentaires.

- *La branche famille*

Tendanciellement, le solde négatif de la branche famille se dégraderait de 600 millions d'euros en 2011, quasiment sous le seul effet de la revalorisation attendue de la base mensuelle (BMAF), l'effet volume étant entièrement équilibré par l'effet « mesures nouvelles » (où les économies l'emportent sur les dépenses). En outre, la progression des prestations extra-légales, portée par la non-consommation des budgets initialement prévus pour 2010, atteindrait 7,5 % en 2011.

Les mesures nouvelles pour 2011 améliorent de près de 300 millions d'euros le solde de la branche. Deux dispositions du projet de loi y contribuent :

- 40 millions d'euros par l'harmonisation de la date d'effet pour le versement de la prestation d'accueil du jeune enfant (article 54) ;

- 120 millions d'euros par la suppression de la possibilité d'une rétroactivité de trois mois de l'effet des aides personnelles au logement (article 55).

- *La branche des accidents du travail et des maladies professionnelles*

L'évolution tendancielle aurait conduit la branche à un déficit en amélioration de 135 millions d'euros en 2011.

Le solde deviendrait toutefois positif en 2011, à hauteur de 59 millions d'euros, essentiellement sous l'effet de la majoration de 0,1 point des cotisations, qui rapportent 485 millions d'euros à la branche. Ses dépenses seraient toutefois affectées à hauteur de 58 millions d'euros par la prise en charge du dispositif « pénibilité » dans le cadre de la réforme des retraites et de 25 millions d'euros par l'augmentation de la dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), prévue par l'article 49 du présent 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* ».

Compte tenu de la dissolution du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) à compter du 1^{er} janvier 2009, le présent article ne porte plus que sur le FSV. Il approuve son tableau d'équilibre, qui est rapproché, ci-après, du tableau d'équilibre pour 2010 tel que révisé par l'article 4 du présent projet de loi. Fondée sur les montants bruts et non pas en montants nets des écritures relatives aux pertes sur créances irrécouvrables, l'annexe 8 donne pour sa part des chiffres légèrement différents en recettes (18,1 milliards d'euros) et en dépenses (22 milliards d'euros), mais pour un solde rigoureusement identique.

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

(en milliards d'euros)

	2010			2011		
	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
FSV	13,3	17,6	- 4,3	18,0	21,9	- 3,8

Sources : PLFSS 2011

L'évolution tendancielle des comptes pour 2011 confirme que la période de soldes positifs aura été très brève pour le FSV : après les déficits de 2009 (3,2 milliards d'euros) et de 2010 (4,3 milliards d'euros), la tendance était celle d'un nouveau déficit de 4 milliards d'euros. Ainsi qu'on l'a vu précédemment (*cf.* article 24), la hausse de la CSG et l'achèvement de la montée en charge du transfert provenant de la CNAF au titre des majorations de pensions pour enfants devaient largement compenser la baisse de la part de C3S affectée au fonds.

La légère amélioration du déficit tendanciel par rapport à celui attendu pour 2010 tient également au ralentissement de la progression des charges globales : + 4,6%, soit la moitié de la progression de 2010. Les prises en charge de prestations au titre des majorations de pensions demeurent en hausse soutenue (+ 3,6 %), en raison d'un taux plus élevé de revalorisation des pensions. En outre, l'augmentation des prises en charge au titre du minimum vieillesse est encore forte (+ 4 %), compte tenu des mesures de revalorisation de cette prestation. En revanche, les prévisions se fondent sur une diminution de 80 000 du nombre des chômeurs, de

telle sorte que les prises en charge de cotisations au titre du chômage diminueraient de 1,4 %.

Par rapport au « tendancier » présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, le déficit du FSV serait amélioré de 174 millions d'euros et ramené ainsi à un peu plus de 3,8 milliards d'euros, soit 400 millions d'euros de moins qu'en 2010. Mais, ces mouvements en apparence d'ampleur relativement limitée résultent en réalité de très importantes évolutions des recettes et dépenses du fonds, consécutives, comme on l'a vu, de l'affectation à son bénéfice de nouvelles recettes destinées à financer les nouvelles dépenses mises à sa charge.

Marginalement, pour 20 millions d'euros, le FSV commencera en revanche à bénéficier des effets du relèvement de l'âge légal du départ à la retraite, mais, surtout, il lui reviendra de financer une partie du minimum contributif (article 57 du présent projet de loi), pour un total de 3,5 milliards d'euros : 3 milliards d'euros au titre du régime général, 400 millions d'euros au titre du régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros au titre du RSI.

FSV – Incidences des mesures nouvelles sur l'équilibre 2011

(en milliards d'euros)

	« Tendancier » 2011			Mesures nouvelles 2011			Équilibre 2011		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
FSV	14,395	18,406	- 4,011	+ 3,654	+ 3,480	+ 0,174	18,049	21,886	- 3,837

Source : PLFSS 2011

Fin 2011, le déficit cumulé du FSV depuis la précédente reprise de dettes atteindra donc 11,3 milliards d'euros. Les déficits pour 2009 et 2010 sont certes inclus dans la reprise de dettes autorisée par l'article 9 du présent projet de loi, de même que les déficits postérieurs à 2011 à l'image de ceux de la branche vieillesse. Votre Rapporteur observe toutefois qu'on rejoue ici la fameuse histoire du sapeur Camember : dépouillé en 2009 de 0,2 point de CSG au profit de la CADES, le FSV creuse ainsi son déficit, qui est ensuite repris... par la CADES.

*

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

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 Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

1. L'objectif d'amortissement de la dette sociale

L'objectif d'amortissement pour 2011 est fixé à 11,7 milliards d'euros, en forte hausse par rapport à l'objectif rectifié pour 2010 fixé à l'article 5 (5,1 milliards d'euros). Ce montant est égal à la différence entre, d'un côté, les produits nets (6,1 milliards d'euros de CRDS auxquels s'ajoutent 2,3 milliards d'euros de CSG, 3,6 milliards d'euros provenant du FRR et 3,5 milliards d'euros de recettes diverses), qui atteindraient près de 15,5 milliards d'euros, et, de l'autre, les frais financiers nets et autres charges s'élevant à 3,8 milliards d'euros.

Fin 2011, l'amortissement cumulé s'élèverait donc à 59,6 milliards d'euros, avec, compte tenu d'un montant de dettes reprises porté à 202,6 milliards d'euros dans le courant de l'année, une situation nette s'élevant à – 143 milliards d'euros.

Compte tenu de ce que l'article 1^{er} du projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale en cours de discussion au Parlement autorise la prochaine reprise de dettes à déroger au principe d'affectation de ressources nouvelles, les perspectives d'extinction de la dette sont décalées de quatre années. 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 2025, tandis que la probabilité que cet objectif soit atteint dès 2023 comme celle qu'il ne le soit qu'en 2028 ne seraient que de 5 %.

2. Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites

Rectifiées à 2,4 milliard d'euros pour 2010 par l'article 5 du présent projet de loi, les prévisions de recettes du FRR pour 2011 sont nulles.

En effet, d'une part, l'article 9 du présent projet de loi transfère ses ressources courantes à la CADES, pour l'essentiel (fraction du prélèvement social de 2 %), mais aussi au FSV, pour des montants plus marginaux (fraction du produit des redevances UMTS, contribution sur les abondements aux PERCO, sommes non réclamées au titre de la participation, de l'intéressement et de l'assurance vie) ; d'autre part, aucune affectation d'excédent de la CNAV ou du FSV ni d'aucune autre recette n'est prévue en 2011.

Le FRR devient ainsi un fonds fermé. Compte tenu de la nouvelle mission qui lui est assignée dans le cadre de la réforme, à savoir le versement à la CADES, en avril de chaque année, de 2,1 milliards d'euros (en nominal), de 2011 à 2024, soit un total (non actualisé) de 29,4 milliards d'euros (ou une valeur présente estimée entre 24,5 milliards d'euros et 25,4 milliards d'euros), le fonds, selon les indications fournies à votre Rapporteur par ses gestionnaires, devrait s'attacher à sécuriser son passif tout en s'efforçant de maximiser sa valeur finale en 2024, et ce avec un capital de départ de 32 milliards d'euros (net des 3,3 milliards d'euros de la soulte des industries électriques et gazières, dont les conditions de gestion, et notamment l'exigibilité en 2020, demeurent inchangées).

Le FRR devra donc consacrer en théorie environ les quatre cinquièmes de son actif pour sécuriser le service annuel de 2,1 milliards d'euros. Par rapport aux schémas évoqués avant l'été, à savoir un décaissement à l'horizon de 2018 au lieu de 2024, la possibilité d'aller au-delà d'une simple gestion obligataire devient possible : une échéance plus rapprochée n'aurait en effet pas permis de s'approcher du seuil critique (de l'ordre de 25 %) au-delà duquel il devient possible et souhaitable de procéder à des placements en actions ainsi qu'en obligations plus diversifiées. Les 20 % restants pourront même être mobilisés de façon plus dynamique : cette proportion serait portée à niveau supérieur, sans atteindre toutefois le taux actuel de 41 % de placements en actions. Dans ce cadre, il reviendra bien entendu au conseil de surveillance du fonds de définir une nouvelle allocation stratégique.

En fin de période, le FRR pourrait ainsi détenir encore une dizaine de milliards d'euros d'actifs. Le projet de loi organique prévoit la possibilité de transferts d'actifs à la CADES, mais le fonds pourra alors aussi bien les céder lui-même et transférer à la CADES le produit de cette cession.

*

La commission adopte l'article 28 sans modification.

Article 29

Approbation du rapport fixant un cadrage quadriannuel (annexe B)

Conformément au 1° 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.

L'article, qui figurait jusqu'alors en début de troisième partie, conformément à l'ordre de présentation résultant de l'article L.O. 111-3, a été déplacé après l'ensemble des dispositions relatives aux recettes. Il se retrouve donc désormais avant la section relative à la trésorerie et à la comptabilité, à la fin d'une section relative aux « *recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement* », ce qui n'est pas nécessairement satisfaisant, même si cela évite la nécessité d'une deuxième délibération destinée à tirer les conséquences des votes intervenus lors de l'examen de la troisième partie.

Son positionnement antérieur, avant même la première section de la troisième partie, avait non seulement pour avantage d'éviter ce problème, mais de placer l'ensemble de cette partie dans une perspective de moyen terme, consacrée par ailleurs par la programmation pluriannuelle des finances publiques et permettant de mieux percevoir les défis auxquels est confronté notre système de protection sociale.

Cela étant, comme dans les précédents projets de loi de financement, le rapport requis par les dispositions organiques susmentionnées est présenté en annexe B au projet de loi. Pour ce qui est de son contenu, le rapport reste inchangé, décrivant les hypothèses sous-tendant les prévisions, puis l'évolution des finances sociales à l'horizon 2014, se concluant sur un ensemble de tableaux regroupant les prévisions de recettes et de dépenses à cet horizon pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, pour le régime général et pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base.

Cette annexe B est très largement inspirée du rapport sur la programmation pluriannuelle des finances publiques pour les années 2011 à 2014 annexé au projet de loi de programmation des finances publiques : cette similitude, pour ne pas dire cette identité, est tout à fait justifiée s'agissant de l'indispensable coordination des finances publiques, mais elle n'aurait pas dû dispenser pour autant le Gouvernement d'un peu plus de vigilance, ce qui lui aurait ainsi permis d'éviter par exemple d'y laisser d'inopportunes références à « la présente loi de programmation »...

En outre, certains éléments chiffrés doivent déjà être considérés comme caducs. Si la réaffectation au budget de l'État des excédents du panier fiscal compensant les allègements généraux, qui ne fait pas partie des mesures du présent projet de loi, ne pouvait donc être prise en compte, l'annexe B a en revanche omis d'intégrer, à compter de 2012, les dépenses correspondant à la dynamique spontanée des ressources transférées au FSV pour assurer le financement d'une partie du minimum contributif (180 millions d'euros en 2012), de telle sorte qu'en réalité, à compter de 2012, le solde du FSV sera un peu plus dégradé, tandis que ceux de la CNAV et de la Caisse centrale de la MSA le seront un peu moins.

Pour la troisième année consécutive, ce rapport annexé renonce à la présentation de deux « scénarios », l'un « bas » et l'autre « haut », pour ne retenir qu'une seule série d'hypothèses économiques. En harmonie avec le rapport économique, social et financier accompagnant le projet de loi de finances pour 2011 et le projet de loi de programmation des finances publiques, une hypothèse de reprise progressive de la croissance (+ 2 %) est retenue pour 2011, se traduisant par une progression mesurée de la masse salariale (+ 2,9 %, au lieu de + 2 % en 2010), conformément à la prévision du rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale le mois dernier. Par ailleurs, la progression des prix à la consommation (hors tabac) serait stable (+ 1,5 %).

Pour les années 2012 à 2014, les projections, comme dans les deux précédentes lois de financement, se fondent sur une croissance annuelle du PIB, à terme, de 2,5 % en volume. Votre Rapporteur rappelle cependant que la France n'a pas connu un cycle de trois années consécutives de croissance supérieure ou égale à 2,5 % depuis près de quinze ans.

La masse salariale augmenterait de 4,5 % par an, prévision sans doute plus réaliste que celle retenue l'année dernière (+ 5 %), pour une inflation contenue à 1,75 % et un ONDAM poursuivant sa décélération engagée en 2010, soit 2,8 % de progression annuelle. Ainsi que le souligne le commentaire de l'annexe B, « *il s'agit d'un objectif ambitieux, si l'on en juge par l'observation du passé, au cours duquel jamais la dépense d'assurance maladie n'a progressé à un rythme inférieur à 3 % deux années de suite* ». Le rapport souligne, en outre, que si l'on se fonde sur une croissance tendancielle de 4,2 % par an des dépenses d'assurance maladie, notamment en raison du vieillissement de la population, cela suppose, pour maintenir la progression de l'ONDAM à 2,8 %, des économies annuelles de 2,3 milliards d'euros – toutes choses étant égales par ailleurs, c'est-à-dire en l'absence de toute mesure nouvelle coûteuse.

Pour le reste, en recettes comme en dépenses, les projections intègrent bien évidemment les mesures associées au présent projet de loi de financement et les incidences de la réforme des retraites, mais sont construites à droit constant, en l'absence de toute ressource supplémentaire aussi bien que de toute modification des règles applicables aux prestations sociales. C'est ce qui peut sans doute expliquer, sinon justifier, le regrettable silence sur la branche famille, alors que de très longs développements sont consacrés aux ressources ainsi qu'aux branches maladie et vieillesse, et alors même que le Haut conseil de la famille vient de tracer des perspectives d'évolution des comptes de la branche à l'horizon 2025.

Pour le régime général et le FSV, la projection pluriannuelle associée à la précédente loi de financement faisait apparaître un déficit global de 169,6 milliards d'euros pour la période 2008-2013. La prévision pour la même période présentée dans le cadre du présent projet de loi situe toujours le déficit à un niveau élevé, mais en net recul, soit 147,3 milliards d'euros. La branche vieillesse, sous l'effet de la réforme des retraites, réalise à elle seule plus de 12 milliards d'euros de ces

22 milliards d'euros d'amélioration, moyennant toutefois une aggravation de 2 milliards d'euros pour le FSV. La branche maladie contribue pour sa part, comme la branche famille, à hauteur d'un peu plus de 5 milliards d'euros.

Cela étant, la décélération du déficit de la branche maladie devrait être régulière sur l'ensemble de la période 2011-2014, à un rythme d'environ 1,5 milliard d'euros par an (qui, s'il se prolongeait, n'assurerait cependant pas le retour à l'équilibre avant 2018). Alors que le déficit de la branche famille reculerait à un rythme plus lent, l'évolution de la branche vieillesse paraît peu satisfaisante, puisqu'en 2014, le déficit (7,7 milliards d'euros) serait encore supérieur à celui de 2011 et à celui de 2012 ; cela étant, ainsi qu'on l'a vu précédemment, ce résultat constitue déjà un remarquable progrès par rapport à l'évolution tendancielle mesurée l'année passée.

La perspective des exercices à venir demeure cependant le déficit : pour 2011-2014, 36 milliards d'euros pour la maladie, 43 milliards d'euros pour la vieillesse et 10 milliards d'euros pour la famille, ou, pour considérer l'après-reprise de dettes, c'est-à-dire 2012-2014, 32 milliards d'euros pour la vieillesse, FSV inclus, dont la reprise est déjà programmée, mais auxquels il faut ajouter 25 milliards d'euros au titre de la maladie et 6 milliards d'euros au titre de la famille. Pour la totalité du champ de la loi de financement de la sécurité sociale, le déficit cumulé 2012-2014 s'élèverait à 65,9 milliards d'euros.

Pour votre Rapporteur, l'enjeu doit être rapproché du tout récent débat sur la prolongation de la durée de remboursement de la dette sociale, car se profile déjà la nécessité, à terme, de devoir rouvrir la CADES. Et maintenant qu'une exception a été consentie pour faire sauter le « verrou » introduit par la loi organique de 2005, la tentation sera forte de préférer un nouveau retardement de l'échéance plutôt que de majorer la CRDS, dont on sait bien maintenant que ce n'est jamais le bon moment de l'augmenter. Le risque d'une dérive de cet ordre paraît d'autant plus grand que si l'on veut éviter que les déficits ne se reconstituent dans les branches, particulièrement la maladie, et ne contraignent à nouveau à rouvrir la CADES, il sera difficile de ne pas en passer par une hausse des taux de CSG.

*

La commission examine l'amendement AS 228 de Mme Marisol Touraine.

M. Jean Mallot. Notre amendement propose de supprimer l'article 29, qui porte approbation de la clé de voûte du projet de loi de financement de la sécurité sociale, autrement dit le rapport figurant à son annexe B.

Cinq raisons motivent notre désaccord avec ce rapport.

En premier lieu, les hypothèses économiques sur lesquelles il s'appuie – des taux de croissance annuels de 2,5 % du PIB et de 4,5 % de la masse salariale –

nous paraissent aussi fragiles, voire irréalistes, qu'elles l'ont été dans le passé et qu'elles le sont aujourd'hui. Chaque année, constatant qu'elles ne se sont pas vérifiées, il faut corriger les prévisions précédentes !

Ensuite, le taux de progression de l'ONDAM, fixé à 2,9 % pour 2011 et à 2,8 % pour les années 2012 à 2014 a d'autant peu de chances d'être respecté qu'il ne s'appuie sur aucune mesure de réforme structurelle de l'assurance maladie. L'effort de redressement des comptes se limitera à des remboursements et à des mesures pesant uniquement sur les assurés, les conduisant à payer toujours plus pour se soigner.

Troisièmement, le rapport reprend les termes du projet de loi sur la réforme des retraites, encore en débat au Sénat pour quelques jours.

Quatrièmement, l'analyse des tableaux d'équilibre – ou plutôt de déséquilibre – qui figurent à la fin de l'annexe B fait apparaître que loin de rechercher un retour à l'équilibre à moyen terme – hors branche vieillesse, bien sûr –, vous confirmez la persistance future de déficits considérables.

Enfin, si, par le projet de loi organique relatif à la gestion de la dette sociale – que vous venez d'adopter –, vous reversez celle-ci à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), dont vous prolongez la durée de vie, l'annexe B ne comporte aucun élément sur la gestion des déficits à venir. Or, de 2011 à 2014, ceux des seules branches maladie et famille représenteront un total de 45,4 milliards d'euros. Nous ne pouvons que conclure à un report permanent de ces déficits par l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), selon la méthode éprouvée de la « dissimulation des déficits sous le tapis », et donc à la certitude de les retrouver un jour.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Votre désaccord avec le contenu de l'annexe B ne justifie pas la suppression de celle-ci.

M. Jean Mallot. Il faut en élaborer une autre.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Faites comme moi, amendez-la ! Si chacun peut avoir son opinion sur les hypothèses du Gouvernement, une projection pluriannuelle me paraît essentielle pour l'appréciation de l'évolution des finances sociales et de la situation de chaque branche. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement AS 228.

Elle adopte ensuite successivement les amendements rédactionnels, de précision ou de rectification d'erreurs matérielles AS 348 à 364 du rapporteur.

Puis elle adopte l'article 29 ainsi modifié.

Section 4

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 30

(art. L. 216-2-1 et L. 243-7 du code de la sécurité sociale ; art. 5 de la loi du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi)

Extension des possibilités de contrôle des URSSAF pour le compte d'organismes tiers volontaires

L'article 30 du projet de loi de financement a pour objet d'étendre les possibilités de contrôle des URSSAF pour le compte d'organismes tiers volontaires.

A. LE CONTRÔLE ET LE RECOUVREMENT DES COTISATIONS PAR LES URSSAF

a) Depuis 2007, les URSSAF contrôlent pour le compte de tiers les cotisations destinées au financement des régimes de retraite complémentaire obligatoire, du régime de garanties des créances des salariés et de l'assurance chômage

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a donné compétence aux organismes de recouvrement pour vérifier, à l'occasion de leurs contrôles, les cotisations et contributions dues au titre de l'assurance chômage et des retraites complémentaires.

Cette disposition a été codifiée à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que « *les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général* », à savoir les URSSAF, « *sont habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul* », d'une part, des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires, d'autre part, des cotisations AGS (Association pour la gestion du régime de garantie des créances des salariés), destinées à payer les salaires, préavis et indemnités des salariés dont l'entreprise est en procédure collective, et enfin des contributions d'assurance chômage, pour le compte de l'UNEDIC.

Une convention, entrée en vigueur le 1^{er} juin 2008, a été signée à cet effet entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et l'UNEDIC. En 2009, les URSSAF ont réalisé 85 968 actions de contrôle des contributions chômage, ayant donné lieu à plus de 30 millions d'euros de redressement.

b) Au 1^{er} janvier 2011, le réseau des URSSAF assurera seul le recouvrement des cotisations d'assurance chômage et des cotisations AGS

Par ailleurs, la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 portant réforme du service public de l'emploi a confié aux URSSAF et aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS) le recouvrement des contributions d'assurance chômage et des cotisations AGS, auparavant assuré par l'UNEDIC *via* Pôle emploi. Le transfert est prévu pour le 1^{er} janvier 2011.

À cette date, les articles L. 5422-16 et L. 5427-1 du code du travail prévoient que le réseau des URSSAF assurera la quasi-totalité du processus de recouvrement des cotisations chômage, selon les mêmes modalités que le recouvrement des cotisations et contributions sociales. Par dérogation, le recouvrement des cotisations chômage peut être confié à d'autres organismes, tels que ceux du régime de protection sociale des salariés des professions agricoles.

En conséquence, la loi précitée modifie, à compter du 1^{er} janvier 2011, l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, pour supprimer la référence au pouvoir de contrôle des contributions chômage des URSSAF, dans la mesure où celui-ci découlera désormais directement de l'article L. 5422-16 du code du travail. Cependant, la rédaction de cet article est particulièrement imprécise pour ce qui relève des moyens des organismes de contrôle dans la lutte contre la fraude.

Enfin, il faut préciser que la loi du 13 février 2008 prévoit que les contributions exigibles avant le 1^{er} janvier 2011 resteront recouvrées par Pôle emploi, sans toutefois que le cadre juridique des contrôles effectués sur ces contributions soit sécurisé.

c) Les modalités de contrôle des cotisations et contributions doivent en conséquence être renforcées

Selon l'étude d'impact, le dispositif précédemment exposé souffre de deux principales imperfections :

– d'une part, certains délégataires du recouvrement des contributions chômage autres que les URSSAF, tels que la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, ne sont pas en mesure de procéder eux-mêmes au contrôle de ces contributions et souhaitent confier cette mission aux URSSAF. Or, la délégation du contrôle et du recouvrement aux URSSAF est actuellement encadrée par de simples conventions, ce qui n'offre pas de garantie juridique suffisante. ;

– d'autre part, si le recouvrement des contributions chômage exigibles avant le transfert fait l'objet de dispositions précises, tel n'est pas le cas pour le contrôle de ces contributions, ce qui fragilise les contrôles réalisés postérieurement

au 1^{er} janvier 2011 portant sur des périodes de contributions antérieures. Il convient donc de sécuriser les contrôles opérés par la branche du recouvrement pour le compte de l'assurance chômage sur les périodes antérieures au transfert, lorsque les cotisations étaient recouvrées uniquement par Pôle emploi.

Ajoutons que la mission de contrôle des URSSAF pour des régimes autres que le régime général est susceptible de trouver d'autres applications, notamment pour les régimes spéciaux.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

a) Le contrôle des URSSAF est étendu aux cotisations chômage de certains publics et aux cotisations des régimes spéciaux

Le I du présent article modifie l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi du 13 février 2008, afin de sécuriser le cadre juridique du contrôle des contributions chômage par les URSSAF.

À cette fin, le 1^o permet le contrôle par les URSSAF et les caisses générales de sécurité sociale, des cotisations et contributions d'assurance chômage qui sont en dehors du champ du transfert prévu à compter de 2011.

Le texte vise tout d'abord les cotisations et contributions d'assurance chômage prévues par l'article L. 5427-1 du code du travail, dues au titre :

- des voyageurs, représentants et placiers de commerce à cartes multiples, recouvrées par la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs ;
- des intermittents du spectacle, recouvrées par Pôle Emploi.

Par ailleurs, l'article pose le principe d'un contrôle par les URSSAF des cotisations destinées au financement des régimes spéciaux visés au titre I du livre VII du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les régimes des militaires, des fonctionnaires de l'État et des magistrats. Jusqu'à maintenant en effet, cette possibilité n'était encadrée que par convention de délégation. Tel était le cas par exemple du régime des industries électriques et gazières, ou de la Caisse de prévoyance et de retraite de la SNCF.

b) Le contrôle des contributions est encadré par une convention qui fixe le mode de transmission des résultats et la rémunération de l'ACOSS

Le 2^o du I du présent article précise que ces contrôles pour le compte de tiers seront soumis à la signature de conventions avec l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Sont ainsi concernés la Caisse nationale de compensation des cotisations de sécurité sociale des voyageurs, l'Association des régimes de retraite complémentaire (ARRCO) et l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC), les organismes gestionnaires des régimes spéciaux, et Pôle emploi.

Ces conventions devront prévoir les modalités de transmission du résultat des contrôles et la rémunération du service rendu.

c) Le contrôle des cotisations chômage exigibles avant le 1^{er} janvier 2011 est confié aux URSSAF, aux Caisses générales de sécurité sociale et aux organismes de mutualité sociale agricole

Le **II** du présent article vise à répondre au problème précis du contrôle des cotisations chômage exigibles avant le transfert de leur recouvrement aux URSSAF.

Pour cela, il complète le quatrième alinéa du III de l'article 5 de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 portant réforme de l'organisation du service public de l'emploi, afin de prévoir que, bien que le recouvrement des contributions chômage et des cotisations AGS exigibles avant 2011 soit assuré par Pôle emploi, les contrôles sont assurés par les URSSAF, les caisses générales de sécurité sociale et les organismes de mutualité sociale agricole.

d) Les conditions de délégation de missions aux organismes de recouvrement par les caisses nationales sont fixées par décret

Le **III** du présent article modifie l'article L. 216-2-1 du code de la sécurité sociale.

Celui-ci prévoit que les conseils d'administration des organismes nationaux de sécurité sociale définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche concernée.

Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service de prestations et au recouvrement. Les modalités de mise en oeuvre sont fixées par conventions établies entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux.

Le présent article complète ces dispositions, en prévoyant que « le traitement des litiges et des contentieux y afférents ainsi que de leurs suites » dérogeront à ce principe. Ainsi pour des raisons d'efficience et de sécurité juridique, les délégations par les caisses nationales de missions confiées aux organismes départementaux ou régionaux de sécurité sociale portant sur les suites contentieuses des litiges devront être consenties par voie de décret.

Votre rapporteur s'étonne que le contrôle des contributions dues par les travailleurs indépendants ne soit par mentionné, alors même que ce contrôle est déjà assuré par la branche recouvrement. Il déposera donc un amendement pour y remédier.

C. L'IMPACT FINANCIER DE LA MESURE

Selon l'étude d'impact, le rétablissement de la faculté de contrôle des URSSAF sur les contributions des salariés intermittents du spectacle (223 millions d'euros de contributions encaissées en 2009) et les VRP multi-cartes permettra de compléter les actions de lutte contre la fraude entamées depuis le deuxième semestre 2008, qui ont permis des rentrées de contributions de 30 millions d'euros en 2009 sur le périmètre des contributions actuellement recouvrées par Pôle emploi. L'étude d'impact ne précise toutefois pas quelles sont les recettes attendues par le rétablissement de ce contrôle.

La sécurisation des actions de contrôle menées par les agents des URSSAF sur les contributions antérieures au transfert permettrait de garantir le recouvrement des contributions qui seront redressées à partir de 2011 au titre des années 2008 et 2009, et sont estimées au minimum à 60 millions d'euros.

Enfin, la délégation du contrôle des contributions aux organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale fait l'objet d'une rémunération par les bénéficiaires, dont le montant est fixé par convention entre les organismes concernés. L'extension de la mission de contrôle des URSSAF à des régimes spéciaux est susceptible d'apporter de nouvelles recettes aux URSSAF, que l'on peut chiffrer à un million d'euros.

Au total, les dispositions du présent article permettraient d'accroître les recettes du régime général de l'ordre de 2 millions d'euros par an.

*

La commission examine l'amendement AS 412 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement précise que le contrôle des contributions destinées au financement du régime social des travailleurs indépendants est également confié aux URSSAF, dans le respect des dispositions relatives à l'interlocuteur social unique.

*La commission **adopte** l'amendement AS 412.*

*Puis elle **adopte** l'article 30 ainsi **modifié**.*

Article additionnel après l'article 30

Simplification des formalités sociales pour les employeurs étrangers

Elle examine d'abord l'amendement AS 365 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Afin de simplifier et de faciliter les formalités que doivent accomplir les employeurs étrangers pour satisfaire aux obligations sociales qui s'imposent à eux pour l'emploi de salariés relevant de la législation française de sécurité sociale, l'amendement propose de créer à leur intention une sorte de guichet unique dématérialisé. Cette démarche est à peu près identique à celle que La Poste a organisée aussi bien pour les grands comptes que pour les comptes des employés de particuliers.

*La commission **adopte** l'amendement AS 365.*

Après l'article 30

*Après avis défavorable du rapporteur, elle **rejette** ensuite l'amendement AS 46 de M. Dominique Tian.*

Article 31

(art. L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale)

Aménagement de la déclaration commune des revenus des travailleurs indépendants

Le dispositif instaurant une déclaration commune des revenus pour les non-salariés non agricoles ayant montré ses limites, la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie a prévu de le supprimer, prévoyant un échange de données entre l'administration fiscale et les organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales. L'entrée en vigueur du nouveau dispositif avait été reportée au 1^{er} janvier 2011.

Le présent article entend adapter l'ancien dispositif plutôt que de le supprimer définitivement, tout en aménageant pour 2011 une phase transitoire, laissant subsister l'ancien et le nouveau dispositif afin de prévenir d'éventuels dysfonctionnements.

A. LA DÉCLARATION COMMUNE DES REVENUS DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS COMME PROCESSUS OBLIGATOIRE

1. La déclaration commune des revenus comme mécanisme de l'interlocuteur social unique

a) L'interlocuteur social unique

La mise en place au 1^{er} janvier 2008 de l'interlocuteur social unique (ISU), pour la protection sociale des artisans, des industriels et des commerçants affiliés au régime social des indépendants (RSI), a profondément modifié les processus relatifs aux cotisations sociales de ces professions, notamment en réorganisant les responsabilités entre la branche du recouvrement et le RSI.

En effet, l'article L. 133-6 du code de la sécurité sociale dispose que « *les personnes exerçant les professions artisanales, industrielles et commerciales disposent d'un interlocuteur social unique pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales* » et que « *les caisses de base du régime social des indépendants créé par le titre I^{er} du livre VI exercent cette mission de l'interlocuteur social unique* ».

D'importants dysfonctionnements ont affecté les opérations de liquidation de ces cotisations, mais aussi celles des professions libérales impactées de façon incidente, générant des anomalies significatives dans les comptes 2009. De ce fait, en 2009, les fonctions normales du recouvrement sont demeurées incomplètement assurées pour les cotisants relevant de l'interlocuteur social unique (dont le fichier des cotisants comprend 1 360 000 comptes actifs au 31 décembre 2009). La prise en compte de l'ensemble des coûts liés au traitement des données transmises par déclaration, aux opérations de calcul et de vérification qui en découlent (frais de personnel et de systèmes d'information), conduit à chiffrer le coût de la campagne de déclaration à environ 6 millions d'euros.

b) La déclaration commune des revenus

L'ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 instaure, également au 1^{er} janvier 2008, une déclaration commune des revenus que les travailleurs indépendants doivent obligatoirement souscrire auprès du RSI pour le calcul et le recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-6 du code de la sécurité sociale. Toutefois, il est précisé que le RSI « *peut déléguer, par convention agréée par l'autorité administrative, la collecte et le traitement de cette déclaration* » aux unions de recouvrement, à la Caisse nationale ou aux caisses générales de sécurité sociale.

L'ensemble des dispositions relatives à la déclaration commune des revenus figure à l'article L. 133-6-2, dans sa rédaction antérieure à la loi du 4 août 2008 précitée. Mais, cette rédaction de l'article L. 133-6-2 est, à ce jour,

toujours applicable, car la rédaction résultant de la loi du 4 août 2008 ne doit prendre effet qu'à compter du 1^{er} janvier 2011.

2. Vers la suppression de la déclaration commune des revenus

a) Une suppression décidée

À l'origine, le projet de loi de modernisation de l'économie visait seulement à dispenser de la déclaration commune des revenus les travailleurs indépendants bénéficiant du régime fiscal des micro-entreprises prévu dans ce projet de loi et actuellement défini aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts.

La rédaction actuelle de l'article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale résulte d'un amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale sur avis favorable du Gouvernement. Supprimant la déclaration commune, le dispositif prévoyait la transmission des informations nécessaires aux organismes de recouvrement, dans le cadre des échanges d'informations prévus à l'article L. 114-14 du code de la sécurité sociale entre les administrations fiscales et les administrations chargées de l'application de la législation sociale et du travail, ainsi que les organismes de protection sociale.

Une telle mesure s'inscrivait dans une démarche de simplification administrative, en évitant de demander une seconde fois aux cotisants des informations dont une administration disposerait déjà. En cas de dysfonctionnements de la nouvelle procédure, le dispositif prévoyait que les organismes de recouvrement demandent les données manquantes aux travailleurs indépendants concernés qui les leur communiquent par déclaration.

b) Une suppression reportée

L'entrée en vigueur de cette nouvelle rédaction de l'article L. 133-6-2 était fixée au 1^{er} janvier 2010, mais il avait d'emblée été prévu qu'elle puisse être reportée par décret au 1^{er} janvier 2011, faculté qui a été exercée par le décret n° 2009-1638 du 23 décembre 2009.

Le Gouvernement souhaite désormais recourir, durant l'année 2011, à l'ancien et au nouveau dispositif, afin de pallier les dysfonctionnements que pourrait générer la fin de l'application de l'ancienne rédaction de l'article L. 133-6-2 toujours en vigueur. Il estime, en effet, que la brusque application d'un traitement nouveau n'a pas été expérimentée à ce jour et qu'il n'est pas prévu, en cas de difficultés d'application, de moyen alternatif de collecte des informations.

Toutefois, la loi du 4 août 2008 ne permet pas de retarder l'entrée en vigueur du nouveau dispositif au-delà du 1^{er} janvier 2011. Par conséquent, une mesure législative s'impose si l'on veut introduire une phase transitoire pour 2011.

Or, il apparaît même que le présent article, plutôt qu’ajourner, renonce purement et simplement à la suppression définitive de la procédure déclaratoire, puisqu’il se contente, au-delà de la phase transitoire, de mettre fin à son caractère obligatoire en l’aménageant en procédure préalable et volontaire.

B. L’AMÉNAGEMENT DE LA DÉCLARATION COMMUNE DES REVENUS EN NOUVELLE PROCÉDURE DÉCLARATIVE VOLONTAIRE

1. Le dispositif proposé

a) Le maintien du support déclaratif social

Le **I** du présent article modifie le **I** de l’article L. 133-6-2 dans sa rédaction résultant de la loi du 4 août 2008, qui doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2011.

Le **1^o** introduit d’abord une modification des termes visant à asseoir l’application prochaine du nouveau dispositif d’échanges des données entre l’administration fiscale et les organismes de recouvrement et à mieux préciser son caractère impératif.

L’application du nouveau système n’est pas repoussée, mais la suppression définitive, prévue par la loi du 4 août 2008, de la procédure déclarative, est abandonnée. Le nouveau dispositif sous-entend, en effet, le maintien d’une telle procédure.

La première phrase du deuxième alinéa du **I** de l’article L. 133-6-2, modifiée par le **2^o**, ajoute ainsi une condition à la demande de données aux cotisants par les organismes de recouvrement. Le présent article laisse entendre la possibilité pour le cotisant de souscrire une déclaration de manière concomitante aux échanges de données organisés avec l’administration fiscale.

Cette déclaration préalable apparaît comme un moyen subsidiaire de collecte des données, à l’initiative du travailleur indépendant qui pourra l’effectuer volontairement auprès des organismes de recouvrement. Les cotisants qui le souhaitent pourront ainsi transmettre cette déclaration de leur propre initiative et non plus seulement lorsque les organismes de recouvrement le leur auront demandé. Une telle mesure vise à leur permettre une modulation des échéances dès qu’ils disposent de leurs résultats de l’année précédente sans attendre la régularisation définitive au mois de novembre et autorisera une plus grande souplesse du calendrier de recouvrement ou de remboursement des indépendants.

Se pose toutefois la question de la forme que prendra cette déclaration de revenus. Le projet ne précise pas s’il s’agira d’une déclaration commune des revenus, d’une copie de leur déclaration 2042C ou de la nouvelle déclaration qui doit être créée sur le modèle de la 2042C afin d’effectuer des relances pour les cotisants dont l’assiette n’aura pu être calculée à partir des données fiscales. S’il

s'agit de la déclaration commune, cela implique le maintien de sa chaîne de traitements et, par conséquent, l'existence d'une double chaîne de traitements générant un surcoût de maintenance.

b) Le maintien simultané de l'ancien et du nouveau dispositif pour l'année 2011

Le **II** introduit, par ailleurs, une disposition non codifiée qui maintient temporairement l'ancien dispositif à titre obligatoire pour l'exercice 2011.

La suppression de l'obligation pour les cotisants de souscrire une déclaration commune est donc reportée au 1^{er} janvier 2012. Toutefois, la déclaration préalable à laquelle se reporte la disposition hors code est appelée quant à elle à demeurer ; seul le caractère obligatoire de cette procédure déclaratoire sera supprimé et non la procédure déclaratoire elle-même, contrairement à ce que prévoyait la loi du 4 août 2008.

Ainsi, le présent article maintient-il en filigrane la déclaration commune, en la renommant « déclaration préalable » et en la rendant facultative à compter du 1^{er} janvier 2012, et revient-il sur sa suppression.

En 2011, le RSI devra financer une année supplémentaire de campagne de déclaration par rapport à ce qui était initialement prévu. L'économie attendue de la suppression de la déclaration commune sera donc différée à compter de 2012.

S'agissant du calendrier proposé, l'ACOSS rappelle qu'il avait été prévu techniquement de procéder à la suppression de la déclaration commune en deux phases (les artisans et commerçants, puis les professions libérales l'année suivante), et que l'engagement de réalisation pour les professions libérales était une expérimentation en 2012 pour une mise en production en 2013. En l'état, elle estime qu'il n'est pas possible d'assurer la suppression effective de la déclaration commune pour les professions libérales dès 2012.

2. La clarification du nouveau dispositif

a) Instituer clairement la nouvelle procédure de déclaration préalable

Afin de clarifier le texte proposé, il serait souhaitable de présenter de manière liminaire la possibilité offerte aux cotisants de recourir de leur propre initiative à la déclaration préalable plutôt que de sous entendre son maintien au-delà de l'horizon 2011. En effet, la rédaction du projet de loi pourrait donner l'impression que l'article prend des dispositions à l'égard des seuls cotisants n'ayant pas encore effectué leur déclaration obligatoire en 2011 alors que cette procédure déclarative est un processus nouveau offert pour l'avenir qui demande à être explicité en tant que tel.

b) Rappeler pour la phase transitoire de 2011 le statut des travailleurs bénéficiant du régime fiscal des micro-entreprises

La version de l'article L. 133-6-2 du code de la sécurité sociale dont l'application a été prolongée et aux termes duquel la déclaration commune est obligatoire dispose que les travailleurs indépendants bénéficiant du régime des micro-entreprises sont dispensés de l'obligation de souscrire une telle déclaration. Considérant que l'obligation de souscrire une déclaration commune est prorogée pour toute l'année 2011, il serait préférable, afin d'éviter toute mauvaise interprétation du II du présent article, que cette exception soit rappelée, toujours pour la seule année 2011. Au-delà, la déclaration préalable étant proposée à titre facultatif, une telle exemption s'avère en revanche inutile.

*

La commission adopte successivement les amendements AS 366 et AS 367 du rapporteur, le premier étant de précision, le second de clarification.

Puis elle adopte l'article 31 ainsi modifié.

Article 32

(art. L. 651-5-1, L. 651-5-2, L. 651-5-4 à L. 651-5-6 (nouveaux)
et L. 651-1 du code de la sécurité sociale)

Instauration de nouvelles sanctions en matière de recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés

L'article 32 du projet de loi de financement a pour objet d'améliorer les modalités de recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés, en renforçant les moyens de contrôle dont dispose la caisse nationale du régime social des indépendants (RSI).

A. DES MARGES DE PROGRÈS DANS LE RECOUVREMENT DE LA CONTRIBUTION SOCIALE DE SOLIDARITÉ DES SOCIÉTÉS

1. La contribution sociale de solidarité des sociétés et la contribution additionnelle contribuent à l'équilibre du régime social des indépendants

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), régie par les articles L. 651-1 à L. 651-9 du code de la sécurité sociale, a été instituée par la loi n° 70-13 du 3 janvier 1970 portant création d'une contribution sociale de solidarité au profit de certains régimes de protection sociale des travailleurs non-salariés.

Son rôle est de compenser les pertes de ressources des régimes de protection sociale des professions des non-salariés, non-agricoles, consécutives à la

dégradation du rapport démographique de ces régimes et au développement de l'emploi salarié. Son taux est fixé par décret dans la limite de 0,13 % du chiffre d'affaires des sociétés redevables. Elle n'est pas perçue lorsque le chiffre d'affaires est inférieur à 760 000 euros.

La contribution additionnelle, prévue par l'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale, a été instaurée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et prélevée pour la première fois en complément de la C3S en 2005. Son taux est fixé à 0,03 % du chiffre d'affaires des sociétés.

Le produit de ces deux taxes est affecté tous les ans à la Caisse nationale du régime social des indépendants, au *pro rata* et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches. Ce mode d'affectation implique que le rendement des taxes doit être suffisant pour couvrir les besoins de financement du RSI jusqu'au recouvrement des deux contributions. Le cas échéant, le solde du produit de la C3S est versé soit au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), soit au Fonds de réserve pour les retraites.

En 2009, le produit total de ces deux taxes s'est élevé à 5,46 milliards d'euros pour un total de 295 000 entreprises, dont 1,02 milliard d'euros au titre de la contribution additionnelle. 800 millions d'euros ont été versés au FSV.

En 2010, l'effet de la crise devrait peser sur le rendement des deux taxes, avec un produit total de 5 milliards, dont 950 millions de contribution additionnelle. 300 millions d'euros seraient versés au FSV.

2. Les moyens de contrôle de la Caisse nationale du régime social des indépendants, chargée du recouvrement des deux taxes, sont insuffisants

Les deux taxes sont recouvrées, pour le compte de l'État, par la caisse nationale du RSI.

L'article L. 651-5-1 du code de la sécurité sociale permet à l'organisme de recouvrement d'obtenir des administrations fiscales les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette et du montant de la contribution, dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales.

Le même article dispose que les sociétés et entreprises soumises à la C3S et à la contribution additionnelle sont tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant, dans un délai de soixante jours.

L'article L. 651-5-2 du même code précise que le fait pour toute personne de n'avoir pas fourni la déclaration de chiffre d'affaires ou d'avoir sciemment

communiqué des renseignements inexacts ou incomplets dans cette déclaration, sera puni d'une amende de 9 000 euros.

Enfin, des conventions ont été conclues avec la direction générale des finances publiques pour permettre la transmission de données issues des déclarations de TVA et des liasses fiscales. 2 789 000 données ont été échangées en 2009.

Selon le régime social des travailleurs indépendants, le montant des redressements de C3S et de contribution additionnelle était de 4,93 millions d'euros en 2007, de 7,01 millions d'euros en 2008 et de 82,49 millions d'euros en 2009. La forte évolution des montants redressés entre 2008 et 2009 est liée d'une part, aux grandes entreprises du secteur public, redressées pour un montant de 30,7 millions d'euros et d'autre part à la cible élargie des contrôles grâce aux échanges de fichiers avec la direction générale des finances publiques. 40 000 entreprises ont été contrôlées en 2009, ce qui représente un taux de couverture du fichier des entreprises redevables de 13,04 %.

Cependant, alors que les échanges de renseignements avec la direction générale des finances publiques est opérationnelle, l'organisme de recouvrement se heurte à des réticences de la part de certains redevables dans l'obtention des documents et renseignements nécessaires à la vérification de l'assiette.

Cette difficulté serait imputable, d'une part, à l'insuffisance de la sanction applicable en cas de défaut de production des documents demandés, d'autre part, à l'absence de sanction applicable sur les sommes dues par l'entreprise suite aux redressements opérés par la caisse.

L'ampleur des montants recouverts – plus de 5 milliards l'année dernière, et l'enjeu de cette taxation – l'équilibre du RSI dont les comptes se dégradent, et le financement du FSV, justifient un renforcement des moyens de contrôle de la caisse nationale chargée du recouvrement.

B. DES MOYENS DE CONTRÔLE RENFORCÉS PAR LE PROJET DE LOI

1. La majoration du montant des sommes dues par l'entreprise en l'absence de communication des renseignements et documents exigés

Le 1^o de l'article modifie l'article L. 651-5-1 du code de la sécurité sociale, afin de renforcer les pouvoirs de sanction de la caisse nationale du régime en cas de non production des documents et renseignements nécessaires à la fixation du montant de la C3S et de la contribution additionnelle.

Tout d'abord, il est rappelé à l'**alinéa 3** que « *l'organisme chargé du recouvrement de la contribution peut obtenir des administrations fiscales*

communication des éléments nécessaires à la détermination de son assiette et de son montant dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales. » Il n'est pas question de revenir sur cet outil qui fonctionne bien aujourd'hui.

L'**alinéa 4** accorde la possibilité à l'organisme de contrôle, lorsque une entreprise a répondu de façon insuffisante à la demande de documents ou renseignements, de la mettre en demeure de compléter sa réponse dans un délai de trente jours en précisant les compléments de réponse attendus.

Les **alinéas 5 et 6** prévoient que le délai de reprise de la créance de contribution peut être, le cas échéant, prorogé du délai de trente jours accordé à l'entreprise pour préciser des informations suite à une mise en demeure de la caisse. Celui-ci est en temps normal interrompu à la date d'envoi de la demande et concerne, conformément à l'article L. 244-3 du code de la sécurité sociale, les cotisations exigibles l'année de l'envoi de l'avertissement ou de la mise en demeure, et les trois années civiles qui précèdent.

L'**alinéa 7** crée, en outre, une sanction renforcée lorsque l'entreprise ne répond pas, ou insuffisamment, dans un délai de soixante jours, à la demande de renseignements et documents, ou, dans un délai de trente jours, à la mise en demeure formulées par l'organisme de recouvrement.

Celle-ci est égale à 5 % du montant des sommes dues par le redevable. Il est précisé à l'**alinéa 9** que le montant du redressement envisagé est estimé selon les règles fixées par le neuvième alinéa de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale. Ce qui signifie que lorsque les déclarations sont insuffisantes pour déterminer le montant du chiffre d'affaires, celui-ci est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité.

Les **alinéas 8, 10, 11 et 12** précisent la procédure et les droits de l'entreprise, lorsque l'organisme de recouvrement constate une inexactitude, une insuffisance, une omission ou une dissimulation dans les éléments servant au calcul de la contribution. Celui-ci doit notifier au redevable, par lettre recommandée avec accusé de réception, un document mentionnant l'objet des opérations de contrôle, les documents consultés, la période vérifiée, le mode de calcul et le montant de la rectification envisagée.

Le redevable dispose alors d'un délai de trente jours pour faire part à l'organisme de recouvrement de sa réponse. L'organisme de recouvrement est tenu de notifier à l'intéressé, par lettre recommandée avec accusé de réception, la modification de la rectification envisagée, dès lors que les observations fournies par le redevable sont reconnues fondées, ou de motiver leur rejet.

Enfin, il est précisé que l'organisme ne peut engager la mise en recouvrement de la contribution et des majorations faisant l'objet du redressement

avant l'expiration du délai de réponse de soixante jours, prorogé le cas échéant d'un délai de trente jours.

En conséquence de la création de cette nouvelle sanction, le 2° de l'article abroge l'article L. 651-5-2 du code de la sécurité sociale, ce qui supprime l'amende de 9 000 euros auparavant applicable.

2. La majoration du supplément de contribution à la charge du redevable en cas de redressement

Le 3° introduit trois nouveaux articles L. 651-5-4, L. 651-5-5 et L. 651-5-6 dans le code de la sécurité sociale, afin de prévoir une majoration de 10 % de la C3S dans trois cas précis :

– le nouvel article L. 651-5-4 (**alinéa 15**) prévoit que cette majoration s'applique à défaut de production par l'entreprise, dans les délais prescrits, de la déclaration de son chiffre d'affaires. Cette majoration est d'ores et déjà prévue par l'article D. 651-11 du code de la sécurité sociale, mais s'applique dans la limite de 750 euros ;

– la majoration de 10 % s'applique également au supplément de contribution mis à la charge du redevable en cas de redressement pour absence de réponse ou réponse insuffisante aux demandes d'information de la caisse du régime (**alinéa 16**).

– le nouvel article L. 651-5-5 (**alinéa 17**) prévoit que cette majoration de 10 % est appliquée de plein droit à la C3S qui n'a pas été acquittée aux dates limites de versement de la contribution. Toute contribution restée impayée plus d'un an après ces dates est augmentée de plein droit d'une nouvelle majoration fixée dans la limite de 4,8 % par année ou par fraction d'année de retard ;

Enfin, le nouvel article L. 651-5-6 (**alinéa 18**) dispose que les majorations de 5 et 10 %, créées par le projet de loi peuvent faire l'objet d'une taxation d'office à titre provisionnel prévue pour le recouvrement de la C3S.

Le 4° de l'article modifie l'article L. 651-9 du code de la sécurité sociale, afin de prévoir la publication d'un décret (**alinéa 20**), qui viendra préciser les conditions de mise en œuvre des deux nouvelles majorations.

L'étude d'impact précise qu'une circulaire ministérielle devra donner au RSI des précisions sur la manière d'appliquer la majoration « *dans la limite* » de 5 % du montant des sommes dues en cas de défaut de réponse à la demande de renseignements et de documents ou à la mise en demeure ou de réponse insuffisante à la mise en demeure, ainsi que la majoration fixée « *dans la limite* » de 10 % en cas de défaut de production par l'entreprise, dans les délais prescrits, de la déclaration de son chiffre d'affaires.

Ensuite, il supprime (**alinéa 21**) la possibilité pour le directeur de la caisse nationale du RSI d'accorder une remise totale ou partielle des majorations précédemment évoquées. Ce dispositif, prévu par l'alinéa 2 de l'article L. 651-9 précité, a été mis en place conformément aux propositions du Médiateur de la République et de l'inspection générale des affaires sociales. La décision du directeur de la caisse peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Cette suppression remet en cause la possibilité pour les entreprises de demander une remise de majorations, alors même que l'article du projet de loi prévoit une forme de modulation des sanctions en indiquant que le montant des majorations est fixé dans une certaine « limite ». Ce point mériterait d'être précisé.

Selon l'étude d'impact, ces mesures devraient améliorer le recouvrement de la C3S et de la contribution additionnelle pour un montant qui peut être évalué en 2012 à 12 millions d'euros, calculé à partir des rectifications notifiées en 2009.

*

La commission adopte successivement les amendements rédactionnels AS 413, AS 414 et AS 415 du rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS 416 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit de maintenir la possibilité pour le directeur de la Caisse nationale du régime social des indépendants d'accorder une remise totale ou partielle des majorations de contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) en cas de retard ou de défaut de déclaration. Le dispositif actuel est équilibré, il convient de le maintenir.

*La commission **adopte** l'amendement AS 416.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 32 ainsi **modifié**.*

Après l'article 32

La commission est saisie de deux amendements portant articles additionnels après l'article 32.

Article additionnel après l'article 32

Possibilité pour les établissements publics de santé d'émettre des billets de trésorerie

Elle examine d'abord l'amendement AS 435 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Pour optimiser et dynamiser leur gestion financière à court terme, les établissements publics de santé doivent pouvoir, à l'exemple de l'ACOSS, émettre des billets de trésorerie. Tel est l'objet de cet amendement.

La commission adopte l'amendement AS 435.

Après l'article 32

Elle est saisie ensuite de l'amendement AS 96 de M. Dominique Tian

M. Dominique Tian. Sachant que les enjeux financiers sont considérables, la trésorerie des agences régionales de santé doit pouvoir être centralisée auprès de l'ACOSS.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Pour l'ensemble des agences, c'est une centaine de millions d'euros qui sont en jeu. L'amendement risque aussi d'être source de complications. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement AS 96.

Article 33

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 porte donc habilitation de certains régimes et organismes à recourir à des ressources non permanentes.

Comme l'article 33 de la loi de financement pour 2010, le présent article autorise huit régimes ou organismes à recourir à des ressources non permanentes : régime général, régimes des exploitants agricoles (CCMSA), 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 prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF et Caisse de retraites du personnel de la RATP.

C'est ici la traduction en termes de financement des conséquences des tableaux d'équilibre pour 2011 approuvés aux articles 25 et 26. Par ailleurs, comme dans le précédent projet de loi de financement, l'annexe 9A au présent projet de loi

s'attache à présenter l'évolution du profil de trésorerie du régime social des indépendants (RSI), qui ne bénéficie pourtant pas d'habilitation à recourir à des ressources non permanentes : cette information est justifiée par « *l'importance de ce régime et de ses relations avec les autres organismes de sécurité sociale* ».

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 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

En 2010, le fort accroissement du besoin de trésorerie de l'ACOSS, en l'absence de reprise de dette, a nécessité de fixer un montant record de plafond de recours à des ressources non permanentes : 65 milliards d'euros, permettant de couvrir un point bas évalué à 61,6 milliards d'euros (en fin d'exercice) et laissant une marge de 3,4 milliards d'euros afin de faire face, le cas échéant, à un aléa sanitaire.

Pour assurer le financement de telles masses, un dispositif exceptionnel a été mis en place, alors même que la Caisse des dépôts et consignations a durci ses exigences, remettant ainsi en cause la convention de quatre ans conclue le 21 septembre 2006 avec l'ACOSS (et prolongée jusqu'au 31 décembre 2010), qui prévoit deux types d'avances de trésorerie : prédéterminées, permettant d'emprunter pour une période donnée un montant fixé préalablement, et au jour le jour. Signé le 16 juillet 2009 et en vigueur le 21 septembre suivant, le troisième avenant à cette convention stipule, en effet, que les concours de la Caisse des dépôts sont tarifés à un prix unique quel que soit le délai d'annonce du besoin.

Au-delà, la Caisse des dépôts et consignations a exprimé la nécessité de devoir tenir compte de la structure globale de ses engagements, considérant qu'un montant de 31 milliards d'euros d'avances, équivalent environ à 30 % de la section générale de son bilan, constitue une limite ne pouvant être dépassée. Implicitement, elle encourage ainsi l'ACOSS à poursuivre dans la voie ouverte durant ces dernières années, c'est-à-dire à développer son propre rôle d'émetteur face à des

marchés désormais acclimatés à sa signature, qui lui vaut des conditions financières plus avantageuses qu'en recourant à une intermédiation.

Dans ces conditions, la participation de la Caisse des dépôts a pris deux formes durant l'année 2010 :

– un financement « en socle », à savoir un prêt fixe à un an de 20 milliards d'euros, lui-même composé de deux tranches (15 milliards d'euros du 1^{er} janvier 2010 au 5 janvier 2011 et 5 milliards d'euros du 9 mars 2010 au 8 mars 2011), pour assurer le « fond » d'un exercice dont les besoins sont considérables ; la définition de ce socle, fonction des besoins estimés, est l'un des enjeux de la renégociation de la convention avec l'ACOSS pour la période 2011-2014 ;

– un financement « en crête », à savoir des avances conventionnelles afin de faire face à des aléas imprévisibles, pour un montant maximum de 11 milliards d'euros, dans les conditions fixées par l'avenant de juillet 2009 ; grâce à l'amélioration du profil de trésorerie de l'ACOSS sur la fin d'année, cette ligne sera progressivement ramenée à 5 milliards d'euros.

Cela étant, comme l'indiquent le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale le mois dernier et l'annexe 9A, l'encours journalier moyen des concours de la Caisse des dépôts atteint, cette année, 20,2 milliards d'euros (contre 8,4 milliards d'euros en 2009), soit 72 % du volume total de financement de l'ACOSS.

En 2010, l'exécution de la loi de financement, plus favorable que prévu, permet d'estimer finalement le point bas de trésorerie de l'ACOSS à 50,8 milliards d'euros. Néanmoins, les seuls concours de la Caisse des dépôts ne sont donc pas suffisants pour assurer la totalité du financement à court terme de l'ACOSS. Celle-ci a donc procédé au relèvement du plafond de son programme de billets de trésorerie à la Banque de France de 11,5 milliards d'euros à 25 milliards d'euros. Depuis le début de l'année, l'encours journalier moyen s'élève à 7,6 milliards d'euros (contre 2,8 milliards d'euros en 2009). Le coût reste exceptionnellement bas, puisque le taux moyen pour les billets à taux fixe s'élève à 0,498 % et que le coût des billets à taux variable atteint en moyenne Eonia + 2,5 points de base.

L'ACOSS place également ses billets de trésorerie, dont il faut rappeler que le *back-office* est assuré par la Caisse des dépôts, auprès d'autres acteurs publics : l'Agence France Trésor (AFT) porte ainsi 5 milliards d'euros de billets de trésorerie de l'ACOSS, mais il faut y ajouter, dans une logique d'optimisation de la gestion des trésoreries sociales, l'achat de billets de trésorerie par différents organismes enregistrant des excédents de trésorerie durables ou ponctuels, qu'il s'agisse de la CNSA, des régimes complémentaires du RSI ou du recouvrement de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S). En outre, l'article 33 de la loi de financement pour 2009 a ouvert la possibilité de dépôts de trésorerie auprès de l'ACOSS, contre rémunération, faculté à laquelle recourent actuellement

la Haute Autorité de santé et la CNSA, des conventions ayant été conclues à cette fin en avril dernier.

Comme prévu, l'ACOSS a également accédé pour la première fois aux *euro commercial papers* avec l'assistance de l'AFT, dans d'excellentes conditions, si l'on en croit les informations communiquées de part et d'autre à votre Rapporteur, et dans le cadre d'un mandat de deux ans signé le 17 février dernier. L'AFT a ensuite sélectionné les établissements financiers, veillant soigneusement à ce qu'ils respectent les critères fixés dans le cadre du G 20. Un programme de 10 à 15 milliards d'euros d'émissions avait été envisagé, devant débiter dès le mois de mai ou de juin, mais compte tenu des volumes moins importants à financer, seuls 8 à 9 milliards d'euros se révéleraient finalement nécessaires et les premières opérations n'ont débuté que le 23 juillet. Depuis cette date, 5,6 milliards d'euros ont déjà été levés, la montée en charge étant intervenue principalement en septembre (3,5 milliards d'euros). Restent donc environ 3,5 milliards d'euros à lever d'ici deux mois.

Sur ce marché sensiblement plus large que celui des billets de trésorerie (600 milliards d'euros), l'ACOSS n'en apparaît pas moins d'emblée comme un émetteur important, avec des volumes comparables à ceux de la Banque européenne d'investissement, de la Caisse des dépôts et consignations, de la CADES ou de l'État néerlandais. Le taux moyen pondéré, soit 0,51 %, apparaît ici aussi très favorable, avec un écart de l'ordre de 8 à 10 points de base seulement par rapport à la signature de l'État, ce qui apparaît raisonnable pour un nouvel intervenant tel que l'ACOSS et, en tout état de cause, demeure 4 à 5 points moins cher que les financements qu'elle aurait pu trouver sur le marché national.

En 2010, les frais financiers de l'ACOSS atteindraient 313 millions d'euros : le coût est certes plus important qu'en 2009 (96 millions d'euros), mais l'ACOSS avait bénéficié cette année-là de la reprise de dette et, déjà, de taux d'intérêt très bas. Dès lors, en 2010, vu le volume sans précédent à financer, c'est plutôt la modicité des frais financiers qui doit être soulignée. Il faut, en effet, se souvenir qu'en 2008, un montant quotidien mobilisé moyen de 21,3 milliards d'euros avait entraîné des frais financiers de 930 millions d'euros pour l'ACOSS. Or, en 2010, ce montant quotidien s'élève à 33,3 milliards d'euros, ce qui permet de mesurer à quel point le pic d'endettement actuel intervient à un moment particulièrement favorable, ou, du moins, le moins défavorable possible.

Le revers de la médaille est que la faiblesse des taux d'intérêt entraîne une déresponsabilisation : une véritable drogue, comme celle qui a durement leurré les ménages américains, avec le risque d'un réveil brutal dès que les taux, tôt ou tard, repartiront à la hausse.

En 2011, compte tenu de la nouvelle reprise de dette par la CADES, la trésorerie de l'ACOSS partirait d'un point bas de - 50,8 milliards d'euros pour parvenir à un solde de - 12,3 milliards d'euros au 31 décembre. La différence entre

la variation de trésorerie (+ 36,2 milliards d'euros après reprise de dette) et le déficit 2011 du régime général proposé en projet de loi de financement de la sécurité sociale (– 21,3 milliards d'euros) s'explique par plusieurs opérations affectant différemment les comptes et la trésorerie, principalement par le déficit prévisionnel du FSV pour 3,8 milliards d'euros, qui pèse en trésorerie sur le régime général. Le point le plus haut de l'exercice interviendrait le 6 octobre mais demeurerait négatif (– 1,6 milliard d'euros), tandis que le point le plus bas du second semestre serait atteint le 11 juillet (– 14,9 milliards d'euros).

Dès lors, comme ce fut déjà le cas en 2009, deux plafonds de recours à des ressources non permanentes sont fixés : un plafond de 58 milliards d'euros pour les cinq premiers mois de l'année, puis un plafond de 20 milliards d'euros pour le reste de l'exercice. La raison en est la même : ce dispositif particulier vise, en effet, à tirer les conséquences d'une reprise de dette par la CADES. Compte tenu de l'échelonnement des versements de la caisse, les effets de la reprise de dette sur la trésorerie se feront progressivement sentir durant le premier semestre.

Le tableau ci-dessous permet de situer l'autorisation demandée pour 2011 par rapport aux plafonds fixés par les précédentes lois de financement.

Régime général
Plafond de recours à des avances de trésorerie (1997-2011)
(en milliards d'euros)

Année	Plafond (*)
1997	12,2
1998	4,7
1999	4,4
2000	4,4
2001	4,4
2002	4,4
2003	15
2004	33
2005	13
2006	18,5
2007	28
2008	36
2009	29 (**)
2010	65
2011	20 (***)

(*) Y compris, le cas échéant, relèvement en cours d'exercice.

(**) 35 milliards d'euros du 1^{er} janvier au 31 mars.

(***) 58 milliards d'euros du 1^{er} janvier au 31 mai.

Durant l'année 2011, l'ACOSS devra donc recourir aux mêmes modalités de financement qu'en 2010, quoiqu'à un niveau globalement moins élevé, puisque le solde moyen au cours de l'exercice s'élèverait à – 18,8 milliards d'euros (au lieu de 33,3 milliards d'euros en 2010) : concours de la Caisse des dépôts et consignations, billets de trésorerie, *euro commercial papers* et mutualisation des trésoreries de la sphère sociale.

2. Le régime des exploitants agricoles

Le plafond de ressources non permanentes du régime des exploitants agricoles avait été fixé à 8,4 milliards d'euros pour 2008, puis, après dissolution du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) et reprise des déficits cumulés à fin 2008, à 3,2 milliards d'euros pour 2009 et à 3,5 milliards d'euros pour 2010.

Pour l'année 2010, le point bas, atteint le 11 novembre, juste avant l'encaissement annuel de la taxe sur les véhicules de société, serait inférieur à 2,9 milliards d'euros, de telle sorte que ce plafond se révélerait largement suffisant.

La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) a signé le 4 janvier dernier, avec un syndicat bancaire mené par le groupe Crédit agricole, une

nouvelle convention financière pour 3,2 milliards d'euros. Comme la précédente, la nouvelle convention prévoit un financement en plusieurs tranches, mais celles-ci ne sont plus qu'au nombre de deux (au lieu de trois), pour des montants différents et à des taux plus avantageux :

– une tranche A de tirages prédéfinis pour 2,8 milliards d'euros, au taux Euribor 3 mois + 15 points de base ;

– une tranche B de découvert d'un montant maximal de 400 millions d'euros, au taux Eonia + 50 points de base.

Selon l'annexe 9A, pour 2011, compte tenu du déficit du régime le point bas serait très légèrement inférieur à 4 milliards d'euros, de telle sorte que le présent article propose un plafond de 4,5 milliards d'euros. La marge d'aléa est donc significativement supérieure à celle qui avait été retenue en 2010 (200 millions d'euros). En tout état de cause, l'augmentation de 1 milliard d'euros du plafond des ressources non permanentes traduit l'absence de financement de la branche vieillesse, dont le déficit présente un caractère structurel et s'accumule ainsi année après année.

3. La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales

En 2010, un plafond de 350 millions d'euros avait été adopté « à titre de précaution » pour la CNRACL. De fait, le point bas de trésorerie, fin décembre, demeurerait positif (+ 47 millions d'euros). La CNRACL place ses excédents de trésorerie en organismes de placement collectif en valeurs mobilières (OPCVM), obligations assimilables du Trésor (OAT) et titres de créances négociables : en 2010, ses produits financiers s'élèveraient ainsi à 2,1 millions d'euros.

En 2011, compte tenu du déficit attendu du régime (– 243 millions d'euros), succédant à celui déjà enregistré en 2010 (– 383 millions d'euros), le point bas de trésorerie apparaîtrait le 23 décembre (– 313 millions d'euros). Le plafond d'emprunt proposé s'élève donc à 400 millions d'euros, soit une marge de moins de 100 millions d'euros.

La CNRACL peut bénéficier auprès de la Caisse des dépôts et consignations, qui assure la gestion administrative du régime, d'un découvert de trésorerie. Dans la limite de 50 millions d'euros, les avances de trésorerie seraient rémunérées à Eonia + 20 points. Au-delà de 50 millions d'euros et dans la limite du plafond fixé en loi de financement, les avances passent à Eonia + 100 points.

4. Le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État

En 2010, le point bas de la trésorerie du fonds, qui serait atteint le 24 décembre, serait de + 42 millions d'euros, de telle sorte que l'autorisation

d'emprunt, fixée à 90 millions d'euros par la loi de financement pour 2010, se révélerait superfétatoire, de même que celles qui avaient été prévues en 2007, 2008 et 2009.

Au demeurant, le fonds dispose auprès de la Caisse des dépôts d'un découvert de trésorerie. Jusqu'à 15 millions d'euros, les avances de trésorerie sont facturées à Eonia + 25 points. Au-delà de ce découvert et dans la limite du plafond fixé en loi de financement, les avances de trésorerie sont facturées à Eonia + 100 points de base. En 2010, le FSPOEIE ne devrait donc pas recourir à ce découvert. Bien au contraire, ses excédents de trésorerie devraient permettre de dégager 1 million d'euros de produits financiers.

En 2011, le profil de trésorerie serait quasiment identique à celui de 2010, avec un point bas de 44 millions d'euros le 24 décembre. S'il paraît toutefois à nouveau nécessaire d'envisager un plafond d'emprunt, c'est que depuis 2006, le versement de la subvention d'équilibre de l'État 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. C'est pourquoi, au lieu de 100 millions d'euros en 2009 (et même 150 millions d'euros les années précédentes), le plafond proposé pour 2011 est, comme en 2010, de 90 millions d'euros.

5. La Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines

Durant l'année 2010, le point bas de trésorerie devrait être atteint entre les 17 et 19 décembre, à - 545 millions d'euros, pour un plafond de 750 millions d'euros autorisé en loi de financement pour 2010.

En 2011, le point bas de trésorerie se situerait à - 706 millions d'euros. Fixé à 200 millions d'euros pour 2007, puis à 400 millions d'euros pour 2008, à 700 millions d'euros pour 2009 et à 750 millions d'euros pour 2010, le plafond de ressources non permanentes de la CANSSM poursuivrait donc sa hausse pour passer à 800 millions d'euros en 2011. Une marge d'environ 100 millions d'euros est ainsi laissée pour couvrir l'évolution incertaine de deux recettes spécifiques de ce régime fermé, à savoir les compensations démographiques et les cessions d'immobilisations.

Pour son financement, la CANSSM peut recourir à des avances de trésorerie de la Caisse des dépôts à Eonia + 50 points jusqu'à 75 millions d'euros et à Eonia + 100 points au-delà. En outre, elle s'acquitte d'une commission d'engagement de 0,1 % du plafond d'avances accordé par la Caisse des dépôts.

6. La Caisse nationale des industries électriques et gazières

La CNIEG assure à la fois le versement des retraites de base (adossées sur le régime général) et complémentaires (adossées sur l'ARRCO-AGIRC), mais c'est seulement au titre des droits de base que le plafond de ses ressources non permanentes peut être fixé en loi de financement.

Le profil de trésorerie est tributaire du versement trimestriel des pensions de retraite et du transfert mensuel reçu de la CNAV. En 2010, le point bas a été atteint dès début janvier, avec – 405 millions d'euros, mais le plafond autorisé par la loi de financement était de 600 millions d'euros. C'est ce même montant qui sera reconduit en 2011, pour faire face à un point bas de trésorerie évalué à – 503 millions d'euros début octobre.

Le financement de la CNIEG était régi par une convention bancaire de trois ans arrivée à échéance le 31 janvier 2010. Des conventions conclues cette année avec quatre banques (BRED, Société générale, Crédit agricole CIB et Dexia) en ont reconduit les principes : elle dispose ainsi d'un découvert en compte courant (facturé environ à Eonia + 40 points de base) et d'avances de trésorerie sous forme de tirages (facturées sur la base du taux Euribor de la période + 20 à 85 points de base).

7. La Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF

Pour ce régime structurellement équilibré par une subvention de l'État (3,2 milliards d'euros en 2011), 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.

En 2010, le point bas de trésorerie sera atteint en fin d'année, à près de – 1,5 milliard d'euros, pour un plafond de ressources non permanentes fixé à 1,7 milliard d'euros.

Les charges financières ont atteint 5 millions d'euros en 2010. La caisse bénéficie de l'autonomie de gestion depuis mars 2009 ; elle a conclu des conventions de gestion de trésorerie avec quatre partenaires financiers (groupe Crédit agricole, Société générale, Dexia, BRED). Deux types de lignes de crédits sont prévus, les premières servant à couvrir spécifiquement le pic négatif de trésorerie de fin d'année et ne dépassant pas un mois, les secondes permettant de couvrir les besoins de trésorerie sur le reste de l'année.

Selon l'annexe 9A, « *les conditions bancaires se sont améliorées entre 2009 et 2010 avec notamment une diversification des maturités proposées ou*

encore, une réduction des marges. En contrepartie, les conventions prévoient désormais une commission de non-utilisation : si la Caisse n'utilise pas les lignes de crédit à hauteur des besoins demandés, elle est soumise au paiement d'une commission. Pour 2011, la Caisse a engagé dès juillet 2010 la procédure de renouvellement des conventions. »

En 2011, le point bas de trésorerie, au 31 décembre, atteindrait un peu plus de 1,5 milliard d'euros et serait donc assez comparable à celui de 2010, mais le présent article propose un plafond de ressources non permanentes réduit de 50 millions d'euros, soit 1,65 milliard d'euros, laissant ainsi une marge d'environ 150 millions d'euros.

8. La Caisse de retraite du personnel de la RATP

De même que celui des industries électriques et gazières, le régime de retraite de la RATP a été adossé au régime général fin 2005, ce qui s'est notamment traduit par la création d'une Caisse de retraite 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 (522 millions d'euros en 2011).

Pour financer ses besoins de trésorerie, il peut recourir, en vertu d'une convention conclue en décembre 2009 pour une durée de trois ans, à un découvert de trésorerie auprès de la BRED, au taux Euribor 3 mois + 40 points de base. Mais la Caisse de retraite n'a eu que très peu recours à l'emprunt en 2009 et pas du tout en 2010, où le point bas de trésorerie, au 15 septembre, est demeuré légèrement positif (+ 0,8 million d'euros).

Pour 2011, le point bas serait de + 0,3 million d'euros le 15 mars. Le présent article propose donc de reconduire pour 2011 le plafond de 50 millions d'euros déjà précédemment retenu par les lois de financement de la sécurité sociale depuis 2007.

*

*La commission **adopte** l'article 33 **sans modification**.*

*Elle **adopte** ensuite la troisième partie du projet de loi ainsi **modifiée**.*

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2011

Section 6

***Dispositions relatives à la gestion du risque, à l'organisation
ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base
ou des organismes concourant à leur financement***

Article 59

(art. L. 114-23 [nouveau] et L. 224-5 du code de la sécurité sociale)

Création d'un fonds de la performance de la sécurité sociale

À l'occasion de l'examen en première lecture du projet de loi de financement pour 2010, l'Assemblée nationale a adopté au cours de sa seconde séance du 30 octobre 2009 un amendement du Gouvernement visant à instituer un fonds de la performance de la sécurité sociale géré par l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS). Compte tenu de son dépôt tardif, c'est à titre personnel que votre Rapporteur avait alors émis un avis favorable à l'adoption de cet amendement, devenu l'article 48 *bis* du projet de loi.

Examinant à son tour le texte en première lecture, le Sénat, suivant la recommandation de sa commission des affaires sociales, qui avait jugé à propos de ce fonds que « *ses contours et objectifs demeurent particulièrement flous, tandis que le montant des dotations qui pourraient lui être allouées n'a fait l'objet d'aucune indication* », et de sa commission des finances, a rejeté cet article 48 *bis*, au cours de sa séance du 15 novembre. Bien que se déclarant sensible aux arguments apportés par le Gouvernement en faveur de cet article, le rapporteur général de la commission des affaires sociales a néanmoins souhaité sa suppression, en quelque sorte à titre conservatoire, afin de réserver à la commission mixte paritaire le soin de trancher la question. Réunie le 18 novembre, elle a choisi de confirmer cette suppression. Cette initiative opportune n'a donc pu voir le jour l'année dernière.

Le Gouvernement tient toutefois suffisamment à cette idée pour la présenter de nouveau cette année, mais cette fois-ci dès le stade du projet de loi. Son objectif est de mettre sur pied un outil souple et innovant pour fédérer les actions de progrès de la sécurité sociale. À cette fin, le 1^o du présent article crée au sein du code de la sécurité sociale un nouveau chapitre intitulé « *Performance du service public de la sécurité sociale* » et un nouvel article L. 114-22, qui dispose que le fonds de performance de la sécurité sociale finance des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale. Ces actions passent notamment par la réalisation d'études, d'audits ou de

projets, et contribuent aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.

Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'ACOSS, de la Caisse nationale du RSI, de la Caisse centrale de la MSA, ainsi que des régimes spéciaux dans des conditions fixées chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. Selon l'exposé des motifs, *« en prévoyant un cofinancement très large des principaux régimes de base obligatoires de sécurité sociale, l'article garantit l'engagement des organismes concernés dans les travaux financés par le fonds »*.

Un décret fixera les modalités de gestion du fonds. Le 2^o précise en outre que la gestion administrative et comptable du fonds est assurée par l'UCANSS.

Depuis leur création en 1996, les conventions d'objectifs et de gestion ont permis de dynamiser la gestion des organismes de sécurité sociale. La qualité de service s'est globalement améliorée et l'efficacité de la gestion des organismes des différentes branches ou régimes a progressé. Mais, les démarches de modernisation demeurent encore trop éclatées entre régimes et branches, en dépit des efforts menés pour travailler en commun sur certains sujets dont l'intérêt est partagé.

Il s'agit par exemple des travaux réalisés sur l'élaboration d'indicateurs communs et les comparaisons des performances des organismes, branches ou régimes. Des travaux interbranches sont ainsi en cours sur les fonctions « achats » (observatoire des achats) et « immobilier », sous l'égide de l'UCANSS. Ce travail permet d'envisager des pistes intéressantes et démontre la synergie qui existe dans les actions interbranches, voire interrégimes, sur les questions de gestion. Ces premières actions demeurent cependant insuffisantes et peuvent être étendues à d'autres thèmes.

Ainsi, comme la révision générale des politiques publiques pour le budget de l'État, la mise en place d'un fonds de performance de la sécurité sociale permet de développer la transversalité. La création, par l'article 138 de la loi de financement pour 2007, à l'initiative de notre collègue Pierre Morange, du répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), illustre l'intérêt de cette approche. Il faut toutefois se souvenir que la constitution de cet outil n'a été rendue possible que par la mise à disposition par la CNAV d'un directeur de projet pour piloter un projet transversal de grande envergure, au-delà du rôle technique joué par cette caisse.

Or, cette même approche trouve à s'appliquer sur d'autres axes ou chantiers stratégiques comme la gestion de l'immobilier, les ressources humaines, la mutualisation de certaines activités, la simplification de la vie des usagers, la lutte contre la fraude ou encore le développement durable. Les enjeux dans tous ces domaines sont considérables, ainsi que votre Rapporteur le mesure chaque année à

l'occasion de l'audition des responsables de l'UCANSS, dont la démarche innovante et le patient travail méritent d'être salués.

C'est justement la vocation de ce fonds de performance de la sécurité sociale que de financer des travaux de modernisation présentant un intérêt interbranches et interrégimes. Il s'agira d'études, d'audits ou d'actions d'accompagnement du changement sur des projets d'intérêt commun, qui éviteront les doublons entre branches. Selon l'étude d'impact, le fonds *« serait amené à contribuer à :*

« – l'urbanisation des systèmes d'information et, ce faisant, à la meilleure interopérabilité des données (gains sur les coûts informatiques mais aussi sur la productivité par un traitement amélioré de l'information) ;

« – dans le même domaine, la mutualisation des commandes sur les matériels informatiques ;

« – en matière de ressources humaines, disposer de diagnostics partagés voire de plan d'actions partagés entre tous les opérateurs ;

« – convergence des outils et des pratiques de gestion des usagers : accueil téléphonique, gestion des courriers électroniques par exemple. »

Ce nouvel outil contribuera naturellement à la maîtrise de l'évolution des dépenses de gestion, car les projets qu'il soutiendra seront potentiellement porteurs d'une meilleure productivité et d'une réduction de certains coûts de gestion.

Il ne s'agit nullement ici de créer une nouvelle structure onéreuse en frais de gestion : le fonds de performance de la sécurité sociale n'aura pas la personnalité morale, sera adossé à l'UCANSS et associera dans sa gouvernance l'ensemble des branches de la sécurité sociale. Selon l'étude d'impact, qui se hasarde à en mesurer les effets dès 2013 à hauteur de 50 millions d'euros d'économies de gestion (soit 0,5 % du fonds national de gestion administrative des caisses concernées), il sera abondé à hauteur de 5 millions d'euros en 2011, ce qui représente un montant très modeste au regard des budgets de gestion administrative des organismes, supérieurs à 10 milliards d'euros.

Au vu des sommes en jeu, il n'est d'ailleurs pas prévu de relever les budgets des régimes de sécurité sociale contributeurs, leur participation à ce fonds étant destinée à financer des actions qu'ils auraient été amenés à conduire eux-mêmes ; globalement, ces actions pourront être menées à moindre coût, en raison de la mutualisation et de la coordination.

Le présent article répond à un besoin réel et à des préoccupations déjà exprimées aussi bien par la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de notre Assemblée (MECSS) que par la Cour des comptes. Les travaux interbranches permettent de mutualiser les coûts d'étude,

voire de mise en œuvre, et donc d'engager plus rapidement des actions innovantes offrant des retours sur investissement. Ils créent également des synergies, notamment sur les systèmes d'information, en utilisant les interconnexions existantes entre les champs d'intervention. La création d'un fonds donnera un cadre et un financement à ces actions de pilotage et de gestion transversales de la sécurité sociale. Elle permettra de hiérarchiser les sujets et d'harmoniser les solutions et leur planning de mise en œuvre.

Votre Rapporteur ne doute donc pas que l'Assemblée nationale confirmera la décision qu'elle avait prise à l'occasion de la précédente loi de financement mais espère que le temps de la réflexion écoulé depuis lors conduise cette année le Sénat à reconnaître l'opportunité d'une telle approche.

*

La commission est saisie de l'amendement AS 101 de M. Dominique Tian, tendant à supprimer l'article 59.

M. Dominique Tian. Il est inutile de créer de nouvelles structures administratives.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'article 59 ne crée pas de nouvelle structure : il s'agit au contraire de gérer l'outil dans le cadre de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS). Le dispositif devrait permettre de motiver l'ensemble des branches pour mutualiser et optimiser plus encore les dépenses de gestion. Avis défavorable, donc.

La commission rejette l'amendement AS 101.

Elle adopte ensuite l'article 59 sans modification.

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 60

(art. L. 323-6 du code de la sécurité sociale)

Renforcement de la sanction des activités rémunérées pendant les arrêts maladie

L'article 60 du projet de loi de financement a pour objet de mieux sanctionner l'exercice d'activités rémunérées pendant les arrêts maladie.

A. DANS UN CONTEXTE D'AUGMENTATION DES DÉPENSES D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES, LES INSTRUMENTS DE CONTRÔLE DES ARRÊTS DE TRAVAIL ABUSIFS DOIVENT ÊTRE AMÉLIORÉS

1. Le contexte d'augmentation des dépenses d'indemnités journalières maladie

Avec un montant de près de 6 milliards d'euros en 2009 pour le seul régime général, les dépenses d'indemnités journalières maladie représentent 10 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville.

Comme le rappelle l'étude d'impact, si pendant trois ans, ces dépenses ont connu une croissance négative, en grande partie liée à l'impact de la politique de contrôle des arrêts de travail mise en place par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), elles sont fortement reparties à la hausse depuis 2007. Leur taux de croissance a ainsi été de 5,6 % en 2008 et de 5,1 % l'an dernier.

Évolution des remboursements d'indemnités journalières (IJ)

montants (en M€)

Année	2006	2007	2008	2009
Montants (en millions d'euros)				
IJ maladie	5 232	5 384	5 678	5 956
dont IJ de courte durée	3 040	3 190	3 387	3 511
dont IJ de longue durée	2 193	2 194	2 290	2 445
Taux d'évolution				
IJ maladie	- 1,9 %	2,9 %	5,4 %	4,9 %
dont IJ de courte durée	- 0,4 %	4,9 %	6,2 %	3,7 %
dont IJ de longue durée	- 3,9 %	0,1 %	4,4 %	6,7 %
Masse salariale plafonnée	4,6 %	4,9 %	3,8 %	- 0,3 %

Source : CNAMTS, ACOSS ; calculs direction de la sécurité sociale.

Selon le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, cette tendance devrait se poursuivre en 2010, avec toutefois une légère décélération. La croissance des dépenses est estimée à environ 4,5 %, avec des évolutions proches entre les arrêts pour maladie et les arrêts pour accident du travail.

2. Des progrès ont été réalisés dans le contrôle des arrêts de travail abusifs, mais les sanctions sont insuffisamment dissuasives

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a enclenché ce processus, en obligeant le médecin mandaté par un employeur à transmettre au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie son avis

concluant à l'absence de justification de l'arrêt de travail, le service médical pouvant décider de suspendre le versement des indemnités journalières.

Dès 2006, la CNAMTS a lancé la mise sous accord préalable des médecins forts prescripteurs d'indemnités journalières. Entre juillet 2008 et décembre 2009, date de la première campagne effective, 117 médecins ont été placés sous accord préalable, pour une économie globale estimée à 9 millions d'euros.

Depuis 2007, à partir du quarante-cinquième jour, tous les arrêts de travail sont contrôlés. Pour ceux de courte durée, les contrôles ciblent prioritairement les assurés ayant des arrêts fréquents.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a généralisé l'expérimentation, menée depuis 2008, de la contre-visite d'un médecin diligenté par l'employeur et de la suspension systématique du versement des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail injustifié.

Enfin, le contrôle des arrêts de travail successifs a été renforcé, dans la mesure où le versement à l'assuré des indemnités journalières n'est plus automatique, mais soumis à l'avis du médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie.

Grâce à ces instruments, selon les déclarations du directeur général de la CNAMTS du 5 mars 2009, les services médicaux ont contrôlé en 2008 plus d'un million d'arrêts maladie (contre 900 000 en 2007 et 700 000 en 2006) : près de 239 000 arrêts de courte durée et 788 000 de longue durée. Sur les contrôles ciblés d'arrêts de courte durée, 13 % ont été considérés comme non justifiés et le versement des indemnités journalières interrompu.

Avis sur les IJ pour les arrêts de travail contrôlés en 2008

	Avis favorable	Avis défavorable	% avis défavorable	Avis impossible	TOTAL
IJ en rapport avec une affection de longue durée	487 083	80 953	13,3%	38 480	606 516
IJ de longue durée	582 693	27 410	3,6%	147 755	757 858
IJ de courte durée	170 927	29 075	12,8%	27 410	227 412
Sous total Maladie	1 240 703	137 438	8,6%	213 645	1 591 786
IJ en AT	232 136	9 430	3,3%	40 097	281 663
IJ de courte durée en AT	32 315	2 472	5,9%	7 169	41 956
IJ en MP	47 695	2 389	4,5%	3 164	53 248
Maintien des IJ avec travail léger	18 453	921	4,7%	170	19 544
Sous total AT / MP	330 599	15 212	3,8%	50 600	396 411
Total	1 571 302	152 650	7,7%	264 245	1 988 197

Le seul contrôle des assurés a permis de dégager une économie de 240 millions d'euros en 2008, pour des frais de gestion estimés, par la CNAMTS à 31,5 millions d'euros.

Il faut donc poursuivre l'effort initié au regard de son efficacité. Pour cela, il convient d'améliorer la sanction des arrêts de travail abusifs.

L'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale prévoit, en effet, un seul type de sanction en cas d'inobservation volontaire par l'assuré de ses obligations durant un arrêt de travail indemnisé : la retenue des indemnités journalières.

Selon l'étude d'impact, cette mesure est inadaptée, notamment en cas d'activité non autorisée « rémunérée », car la simple retenue des indemnités journalières n'est pas suffisamment dissuasive.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UN RENFORCEMENT DES SANCTIONS EN CAS D'ACTIVITÉS RÉMUNÉRÉES PENDANT LES ARRÊTS MALADIE

Cet article modifie l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions de versement des indemnités journalières et prévoit l'obligation pour l'assuré de s'abstenir de toute activité non autorisée.

Tout d'abord, l'**alinéa 2** du présent article supprime la référence, faite par l'article L. 323-6, au terme de « *pénalité* ». Il s'agit tout simplement de clarifier le fait que la retenue des indemnités journalières par la caisse, en cas de reprise d'une

activité non autorisée, est fondée sur la disparition de l'une des conditions que doit remplir l'assuré pour en bénéficier et ne constitue pas en elle-même une pénalité.

Pour mémoire, les indemnités journalières peuvent être retirées en cas de non respect des obligations suivantes :

- observer les prescriptions du praticien ;
- se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical prévus à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale ;
- respecter les heures de sorties autorisées par le praticien ;
- s'abstenir de toute activité non autorisée.

En outre, l'**alinéa 3** prévoit que si l'activité non autorisée « *a donné lieu à une rémunération, il peut être prononcé une pénalité financière dans les conditions prévues à l'article L. 162-1-14.* »

Cet article prévoit que le montant de la pénalité, qui est prononcé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Il s'agit donc bel et bien de mettre l'accent sur l'exercice d'une activité rémunérée durant les congés maladie, qui sera désormais plus durement sanctionné, par un arrêt du versement des indemnités journalières auquel s'ajoutera une pénalité financière.

Cette mesure de justice doit permettre non seulement de récupérer des sommes indûment versées, mais aussi de dissuader les éventuelles fraudes aux indemnités journalières.

Selon l'étude d'impact, la CNAMTS n'ayant lancé que très récemment des actions sur le thème du cumul d'activités rémunérées avec le bénéfice d'indemnités journalières, le niveau de ce type de fraude n'est pas connu.

On peut formuler néanmoins l'hypothèse que cette fraude soit au moins aussi courante et importante en terme de volume que la falsification de pièces pour obtenir les indemnités journalières. Celle-ci a représenté 8,6 millions d'euros en 2008, d'après le rapport annuel de la CNAMTS.

Avec un taux de pénalité encourue de 50 %, une économie minimale de 4,3 millions d'euros par an peut être envisagée.

*

La commission est saisie de l'amendement AS 417 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'article 60 vise à créer une sanction financière pour les personnes qui exercent une activité non autorisée et rémunérée pendant leur arrêt maladie. Cet amendement précise le champ de cette activité non autorisée en prévoyant qu'elle ne doit donner lieu ni à rémunération, ni à gains, ni à revenus professionnels, afin de viser également la catégorie des travailleurs indépendants.

*La commission **adopte** l'amendement AS 417.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 60 **ainsi modifié**.*

Article additionnel après l'article 60

Publication de l'avis de transmission universelle du patrimoine

Elle examine d'abord l'amendement AS 419 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement sécurise le régime de la transmission universelle du patrimoine, afin d'éviter les détournements.

*La commission **adopte** l'amendement AS 419.*

Article additionnel après l'article 60

Droit de communication aux agents de contrôle assermentés des organismes de sécurité sociale

Elle examine ensuite l'amendement AS 423 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement vise à compléter le dispositif créé en 2008 en élargissant le droit de communication aux informations sur des tiers soupçonnés de bénéficier indûment de prestations versées. Il s'agit par exemple de pouvoir identifier les mandataires des comptes bancaires de prestataires décédés continuant à percevoir frauduleusement des pensions. Une telle proposition se fonde sur les informations qui remontent du terrain par l'intermédiaire des URSSAF.

M. Dominique Tian. Cette proposition va dans le sens de celles que formulera sans doute la MECSS, mais il aurait été préférable de procéder préalablement à l'audition d'un plus grand nombre d'organismes sociaux et d'attendre la publication de son rapport.

Mme Marisol Touraine. Cet amendement donne aux agents des URSSAF un pouvoir d'investigation comparable à celui des contrôleurs fiscaux. Quelle sera la portée de ce pouvoir ?

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale prévoit notamment de donner aux organismes de sécurité sociale – et non pas seulement aux URSSAF – des prérogatives comparables à celles des services fiscaux. Cela revient à renforcer un dispositif qui existe déjà.

La commission adopte l'amendement AS 423.

Article additionnel après l'article 60

Déclaration annuelle des revenus des auto-entrepreneurs

Elle en vient à l'amendement AS 422 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement tend à imposer aux auto-entrepreneurs de faire une déclaration de revenus, même en l'absence de chiffre d'affaires, afin d'éviter les détournements du dispositif.

Mme Marie-Christine Dalloz. Il est un peu déséquilibré d'introduire des éléments de la révision du statut de l'auto-entrepreneur dans le cadre d'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale, même si cette révision est nécessaire et si le ministre s'est engagé à y procéder.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Le dispositif proposé par l'amendement n'est pas très contraignant : tout auto-entrepreneur doit déclarer une fois par an s'il a des revenus, afin de permettre aux différents organismes concernés de procéder, le cas échéant, à des rapprochements. Ce serait aussi un signal envoyé au monde artisanal, qui critique fortement le statut de l'auto-entrepreneur.

Par ailleurs, ce dispositif ne préjuge en rien des conclusions de la MECSS en la matière.

M. Guy Lefrand. Le statut d'auto-entrepreneur a effectivement donné lieu à quelques dérives, en matière d'embauche notamment, mais une mission parlementaire est justement en cours sur ce sujet, pilotée par Pierre Morel-A-L'Huissier. Attendons ses conclusions pour connaître les meilleurs moyens d'y remédier.

M. Georges Colombier. Je suis de l'avis du rapporteur. Le statut d'auto-entrepreneur suscite une levée de boucliers dans le monde de l'artisanat. La disposition proposée serait peu contraignante et constituerait un bon signal.

M. Dominique Tian. Une déclaration annuelle est bien le minimum qu'on puisse demander ! Il y a beaucoup de dérives, dont nous font part le régime social des indépendants, les artisans et les chambres de métiers, par exemple.

M. Pierre Morange, président. Les dernières auditions de la MECSS ont fait émerger la même demande de déclaration annuelle. Il s'agit de rétablir un minimum d'équité de traitement sans être contradictoire avec le principe du régime de l'auto-entrepreneur, dont la plasticité a permis la création d'un grand nombre d'entreprises.

M. le président Pierre Méhaignerie. J'entends tous ces arguments, mais il faut se garder des initiatives diverses qui ne font pas partie d'une réflexion d'ensemble. Attendons le bilan global.

Mme Bérengère Poletti. Les artisans et professions libérales, souvent accablés par les démarches administratives, sont révoltés par le régime de l'auto-entrepreneur. Une déclaration annuelle est bien la moindre des choses.

La commission adopte l'amendement AS 422.

Après l'article 60

Elle est saisie de l'amendement AS 172 de M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. L'avis de la commission prévue au V de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale doit être conforme : si le directeur de la caisse d'assurance maladie pouvait s'en écarter, la procédure deviendrait arbitrale et le directeur deviendrait juge et partie.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable : il faut laisser une marge de manœuvre au directeur, à qui notre système social confère un certain nombre de prérogatives.

La commission rejette l'amendement AS 172.

Les amendements AS 297 et AS 475 ne sont pas défendus.

Article additionnel après l'article 60

Suspension de la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé

Puis elle est saisie de l'amendement AS 420 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement vise à ce que les cotisations de sécurité sociale des professionnels de santé conventionnés ne soient plus prises en charge par l'assurance maladie,

lorsqu'ils ne remplissent pas effectivement leurs obligations de contribution à la protection sociale.

*La commission **adopte** l'amendement AS 420.*

L'amendement AS 20 n'est pas défendu.

Article additionnel après l'article 60

Définition du manquement délibéré aux règles de facturation

Elle examine ensuite les amendements identiques AS 53 de M. Dominique Tian, AS 127 de M. Jean-Luc Prével, AS 185 de M. Guy Lefrand et AS 244 de Mme Marisol Touraine.

M. Dominique Tian. L'amendement AS 53 est défendu.

M. Jean-Luc Prével. Les établissements de santé sont susceptibles de faire l'objet de répétitions d'indus et de sanctions financières, deux mécanismes assez lourds qu'il faut encadrer.

M. Guy Lefrand. L'amendement AS 185 est défendu.

Mme Marisol Touraine. L'amendement AS 244 l'est également.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Avis défavorable, même si un réel problème se pose. En cas d'erreur de codage de la part d'un établissement, la sanction peut aller jusqu'à 5 % du chiffre d'affaires et remonter trois ans en arrière. C'est excessif, d'autant que le seul objectif de l'assurance maladie est d'amener l'ensemble des établissements au meilleur codage possible. Il est normal que l'assurance maladie récupère les indus, qui sont parfois assez élevés, auprès des établissements. Mais la sanction prévue est disproportionnée, au point, souvent, que l'assurance maladie ne l'applique pas. Je ne veux pas la priver de ce dispositif, mais il doit être adapté. Nous avons jusqu'à la semaine prochaine pour trouver une meilleure solution.

*La commission **adopte** les amendements identiques AS 53, AS 127, AS 185 et AS 244.*

Après l'article 60

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission **rejette** l'amendement AS 54 de M. Dominique Tian, puis les amendements identiques AS 55 de M. Dominique Tian et AS 128 de M. Jean-Luc Prével.*

Les amendements AS 19 et AS 21 ne sont pas défendus.

Puis elle en vient à l'amendement AS 57 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cet amendement introduit une dérogation au mécanisme de sanction pour les cas où il est établi que l'établissement a commis une erreur de bonne foi ou a rencontré une difficulté d'interprétation des règles de codage et de facturation. Car ce sont de réels soucis pour les établissements : le système en est à ses débuts et il y a plusieurs interprétations possibles.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la commission rejette l'amendement AS 57.

Article additionnel après l'article 60

Sanctions du recours au travail dissimulé

Elle examine l'amendement AS 421 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Certaines entreprises disparaissent après avoir été convaincues d'avoir eu recours au travail dissimulé. Il est alors impossible de recouvrer les sommes dues, y compris auprès des donneurs d'ordre dans le cadre de la solidarité financière : en effet, après une liquidation judiciaire, le passif est amputé de toute majoration, pénalité ou frais de justice. Je propose donc d'exclure le travail dissimulé du bénéfice de la remise de pénalités ou majorations. Autrement dit, il n'y a pas de remise financière sur les pénalités liées au travail au noir.

La commission adopte l'amendement AS 421.

Article additionnel après l'article 60

Procédure d'opposition à tiers détenteur en cas de travail dissimulé

Elle est saisie de l'amendement AS 425 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit d'étendre la procédure d'opposition à tiers détenteur à l'ensemble des débiteurs des URSSAF.

Tous ces amendements visent à favoriser le recouvrement concernant les entreprises qui recourent au travail dissimulé.

La commission adopte l'amendement AS 425.

Article additionnel après l'article 60

Procédure de flagrance sociale

Elle examine ensuite l'amendement AS 418 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Il s'agit de mettre en place une procédure de flagrance sociale permettant des mesures conservatoires telles que les saisines ou inscriptions de garanties. Les entreprises en difficulté disparaissent en effet parfois très vite, avant que les URSSAF n'aient pu prendre leurs dispositions.

La commission adopte l'amendement AS 418.

Après l'article 60

Elle en vient à l'amendement AS 426 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement vise à instaurer une pénalité pour non-respect de la déclaration par voie dématérialisée – une obligation qui ne concerne que les très grandes entreprises.

Mme Marie-Christine Dalloz. Je voudrais être sûre du type d'entreprise visé.

M. Dominique Tian. La dématérialisation est un processus très compliqué. Il faut se montrer prudent sur le sujet.

M. Guy Lefrand. Nous avons eu de très longs débats sur la dématérialisation des feuilles de soins, et nous savons les conséquences qu'elle a emportées. On ne peut pas voter cet amendement sans plus d'explications.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Dans ce cas, je le retire et vous le présenterai à nouveau dans le cadre de l'article 88 du Règlement, avec toutes les informations nécessaires.

L'amendement AS 426 est retiré.

Article additionnel après l'article 60

Définition de la notion de résidence en France pour les anciennes allocations du minimum vieillesse

La commission est saisie de l'amendement AS 424 du rapporteur.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Cet amendement vise à étendre aux anciennes allocations composant le minimum

vieillesse – qui constituent la grande partie des allocations versées – la définition de la notion de résidence en France adoptée pour l'allocation de solidarité aux personnes âgées, ainsi qu'à prévoir la possibilité de les supprimer lorsque l'une des conditions exigées n'est pas remplie.

M. Dominique Tian. On n'est pas obligé de résider en France pour bénéficier d'une allocation !

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. C'est vrai. L'amendement ne fait qu'aligner toutes ces allocations sur le régime de l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Je vous transmettrai tous les documents nécessaires pour vous rassurer.

La commission adopte l'amendement AS 424.

Elle adopte ensuite la quatrième partie du projet de loi ainsi modifiée, puis l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, ainsi modifié.

*

* *

En conséquence, et sous réserve des amendements figurant au tableau comparatif (tome VI), la commission des affaires sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (n° 2854).

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

- **Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) – M. Philippe Renard**, directeur, et **M. Didier Malric**, directeur délégué
- **Fonds de réserve pour les retraites (FRR) – M. Yves Chevalier**, membre du directoire
- **Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC) – Mme Danièle Karniewicz**, secrétaire nationale chargée du pôle protection sociale
- **Confédération générale du travail (CGT) – M. Pierre-Yves Chanu**, conseiller confédéral
- **Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME) – Mme Geneviève Roy**, vice-présidente chargée des affaires sociales, et **M. Georges Tissié**, directeur des affaires sociales
- **Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) de Paris et de la région parisienne – M. Vincent Ravoux**, directeur général, et **M. Jean Hue**, directeur-adjoint
- **Mouvement des entreprises de France (MEDEF) – M. Jean-François Pilliard**, président de la commission protection sociale, **Mme Valérie Corman**, directrice de la protection sociale, et **Mme Audrey Herblin**, chargée de mission à la direction des affaires publiques
- **Mutualité française – M. Jean-Martin Cohen Solal**, directeur général, **Mme Agnès Bocognano**, directrice des garanties mutualistes et de l'assurance santé, et **M. Vincent Figureau**, directeur des affaires publiques
- **LEEM Les entreprises du médicament – M. Christian Lajoux**, président, **M. Philippe Lamoureux**, directeur général, et **M. Claude Bougé**, directeur général adjoint
- **Union professionnelle artisanale (UPA) – M. Jean Lardin**, président, **M. Pierre Burban**, secrétaire général, et **Mme Caroline Duc**, chargée des relations avec le Parlement
- **Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) – M. Pierre Burban**, président, **M. Pierre Ricordeau**, directeur, **M. Alain Gubian**, directeur de la direction financière (DIFI) et de la direction des statistiques, des études et de la prévision (DISEP), et **M. Benjamin Ferras**, directeur de cabinet et secrétaire général du conseil d'administration

- **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. Christophe Simon**, chargé des relations parlementaires
- **Agence France Trésor** – **M. Philippe Mills**, directeur général, **M. Anthony Requin**, directeur général adjoint, et **M. Hervé Naerhuysen**, responsable de la trésorerie de l'État et des procédures budgétaires
- **Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)** – **M. Patrice Ract-Madoux**, président du conseil d'administration
- **Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM)** – **Mme Marie-Béatrice Levaux**, présidente, et **Mme Magali Nijdam**, chargée de mission affaires publiques
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** – **M. Bernard Spitz**, président, **M. Jean-François Lequoy**, délégué général, **M. Alain Rouché**, directeur santé, **M. Gérard Méneroud**, président de la commission plénière des assurances de personnes, **M. Jean-Paul Laborde**, conseiller parlementaire, et **Mme Ludivine Azria**, attachée parlementaire
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – **M. Noël Renaudin**, président
- **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – **Mme Pascale Coton**, secrétaire générale adjointe chargée de la protection sociale, **Mme Béatrice Étévé**, conseillère confédérale chargée de la branche assurance maladie, **M. Patrick Poizat**, secrétaire confédéral chargé des retraites, **M. Bernard Merten**, administrateur ACOSS, **Mme Estelle Wanou**, chargée des relations extérieures, et **M. Jean-Yves Chevallier**, directeur de cabinet
- **Fonds CMU** – **M. Jean-François Chadelat**, directeur
- **Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)** – **M. Jean-Louis Deroussen**, président, **M. Hervé Drouet**, directeur, et **Mme Patricia Chantin**, chargée des relations avec le Parlement
- **Régime social des indépendants (RSI)** – **M. Gérard Quevillon**, président du conseil d'administration, et **M. Dominique Liger**, directeur général
- **Caisse des dépôts et consignations** – **Mme Nathalie Gilly**, directrice des services bancaires, **M. Éric Flamarion**, chargé des finances à la direction des finances, **Mme Marie-Michèle Cazenave**, responsable du pôle affaires publiques, et **M. Frédéric Bourdier**, adjoint aux affaires publiques
- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – **M. Philippe Le Clézio**, secrétaire confédéral chargé du financement de la protection sociale

- **Force ouvrière – M. Jean-Marc Bilquez**, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale, **M. David Riboh**, assistant confédéral, et **Mme Claude Poggi**, assistante confédérale
- **Délégation nationale à la lutte contre la fraude – M. Benoît Parlos**, délégué national, et **Mme Armelle Beunardeau**, chargée de mission
- **Union des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) – M. Frédéric Van Roekeghem**, directeur général, et **Mme Sophie Thuot-Tavernier**, chargée des relations avec le Parlement
- **Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) – M. Michel Bonin**, directeur général
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV) – M. Etienne Marie**, président du conseil d'administration, et **M. Bernard Billon**, directeur